

ESS - Extensión de la Seguridad Social

Evidencia global sobre inequidades en la protección de la salud rural

Nuevos datos sobre déficits rurales en cobertura de salud
para 174 países

Editado por Xenia
Scheil-Adlung

Documento ESS No. 47

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de derechos de autor en virtud del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Sin embargo, se pueden reproducir extractos breves de ellos sin autorización, a condición de que se indique la fuente. Para los derechos de reproducción o traducción, la solicitud debe hacerse a las Publicaciones de la OIT (Derechos y permisos), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico:

pubdroit@ilo.org . La Oficina Internacional del Trabajo da la bienvenida a tales solicitudes.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados con organizaciones de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les otorgan para este propósito. Visitar www.ifro.org para encontrar la organización de derechos de reproducción en su país.

Datos de catalogación en publicación de la OIT

Scheil-Adlung, Xenia

Evidencia global sobre las desigualdades en la protección de la salud rural: nuevos datos sobre los déficits rurales en la cobertura de salud para 174 países / Xenia Scheil-Adlung, (Ed.); Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de Protección Social. - Ginebra: OIT, 2015

(Ampliación de la serie de la Seguridad Social; no 47)

Departamento de Protección Social de la Oficina Internacional del Trabajo.

protección social / seguro de salud / trabajador rural / atención médica / acceso a la atención / grupos vulnerables / alcance de cobertura / área rural / área urbana

02.03.1

Las designaciones empleadas en las publicaciones de la OIT, que están en conformidad con la práctica de las Naciones Unidas, y la presentación de material en las mismas no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre el estado legal de ningún país, área o territorio, o de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en artículos firmados, estudios y otras contribuciones recae exclusivamente en sus autores, y la publicación no constituye un respaldo por parte de la Oficina Internacional del Trabajo de las opiniones expresadas en ellos.

La referencia a nombres de empresas y productos y procesos comerciales no implica su aprobación por parte de la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de no mencionar una empresa, producto o proceso comercial en particular no es señal de desaprobación.

Las publicaciones y los productos electrónicos de la OIT se pueden obtener a través de los principales librerías u oficinas locales de la OIT en muchos países, o directamente en Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. Los catálogos o listas de nuevas publicaciones están disponibles de forma gratuita en la dirección anterior o por correo electrónico:

pubvente@ilo.org

Visite nuestro sitio web: www.ilo.org/publns

El editor de la serie es el Director del Departamento de Protección Social de la OIT. Para obtener más información sobre la serie, comuníquese con:

Isabel Ortiz, Directora Departamento de Protección Social Organización
Internacional del Trabajo 4 Route des Morillons

CH-1211 Ginebra 22 Suiza
Tel. +41.22.799.6226 • Fax: +41.22.799.79.62

Impreso en Suiza

Resumen

Este documento presenta estimaciones globales sobre las disparidades rurales / urbanas en el acceso a los servicios de salud. El informe utiliza indicadores proxy para evaluar dimensiones clave de cobertura y acceso que involucran los principios centrales de universalidad y equidad. Con base en los resultados de las estimaciones, se discuten las opciones de política para cerrar las brechas en un enfoque multisectorial que aborde los problemas y sus causas fundamentales tanto dentro como fuera del sector de la salud.

Clasificación JEL: I13, I14

Palabras clave: protección social, seguro de salud, grupos vulnerables, área rural, área urbana

Prefacio

Si bien las desigualdades en la protección de la salud se reconocen cada vez más como un tema importante en los debates políticos actuales sobre la cobertura universal de salud (UHC) y en la agenda posterior a 2015, la división rural / urbana se ignora en gran medida. Una razón clave para no tener en cuenta la equidad en la cobertura y el acceso a la atención médica de gran parte de la población se relaciona con la ausencia casi completa de datos desglosados que brindan información suficiente a nivel nacional, regional y global. Solo se puede encontrar información vaga y fragmentada, a menudo limitada a microdatos.

Dada esta brecha en la información, es casi imposible cuantificar y evaluar el alcance de las disparidades y déficits experimentados por las poblaciones rurales en relación con los aspectos clave de sus derechos a la salud y la protección social; la disponibilidad, asequibilidad y protección financiera de los servicios de salud necesarios; y aumenta o disminuye las desigualdades. Además, los gobiernos y los formuladores de políticas carecen de evidencia para establecer prioridades y, por lo tanto, enfrentan desafíos para abordar los problemas que se extienden en varios ámbitos políticos, incluidos la salud, la protección social, el mercado laboral y, en general, las políticas económicas y fiscales.

Este documento presenta y analiza por primera vez datos globales, regionales y nacionales relacionados. Está desarrollado y puesto a disposición por la OIT. Los datos permiten investigar tanto el alcance como las principales causas de las inequidades rurales / urbanas en la cobertura y el acceso a la atención médica. Además, analiza los impactos y las opciones de política para lograr resultados más equitativos.

El desarrollo de datos y las evaluaciones relacionadas proporcionadas en este documento están ancladas en el marco de la protección universal de la salud de acuerdo con las normas legales internacionales, particularmente la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) y la Resolución de la ONU sobre la cobertura universal de salud (12 de diciembre de 2012).

El documento se ha desarrollado como parte del mandato de las Áreas de Importancia Crítica (ACI) de la OIT sobre el trabajo decente en la economía rural, así como el ACI sobre la creación y extensión de pisos de protección social, y ha sido revisado por un número significativo de expertos en agencias de desarrollo relevantes. Destaca las necesidades de las poblaciones rurales desfavorecidas, marginadas y vulnerables y contribuye a los productos y estadísticas de investigación mundiales relacionados. Además, proporciona orientación a los Estados miembros de la OIT sobre el establecimiento y la ampliación de pisos de protección social para todos como elemento fundamental de los sistemas nacionales de seguridad social.

La evidencia proporcionada en el documento sugiere que las desigualdades en la cobertura y el acceso a la atención médica existen a nivel mundial, en todas las regiones y en casi todos los países. De hecho, el lugar de residencia puede considerarse como la puerta de entrada o la barrera clave para acceder a la atención médica necesaria. En este contexto, el documento tiene como objetivo contribuir al desarrollo de respuestas políticas urgentemente necesarias para hacer realidad los derechos humanos universales a la protección social y la salud, particularmente para las poblaciones rurales.

Isabel Ortiz
Directora
Departamento de Protección Social Organización
Internacional del Trabajo

Contenido

	Página
Prólogo	iv
Agradecimientos	ix
Mensajes clave	xiii
1) La necesidad de compartir los recursos por igual entre las poblaciones rurales y urbanas, y el discurso sobre la cobertura universal de salud	1
2) Abordar el vacío de información: una nueva mirada a los datos y las metodologías	3
3) La evidencia: Desigualdades en el acceso a la atención médica en áreas rurales y urbanas	6 6
3.1. La falta de derechos a nivel rural	6 6
3.2. El impacto de la escasez de trabajadores sanitarios rurales y de sus condiciones de trabajo	9 9
3.3. El alcance de la financiación desigual para la protección de la salud en las zonas rurales y urbanas	11
3.4. El empobrecimiento relacionado con la salud de los vulnerables rurales	12
3.5. Desigualdades que amenazan la vida: el alcance de la mortalidad materna rural	dieciséis
3.6. El tamaño de las desigualdades mundiales rurales / urbanas	19
3.7. Desigualdades en las zonas rurales y urbanas a nivel nacional: estudios de países seleccionados	22
3.7.1. Camboya	22
3.7.2. México	23
3.7.3. Nigeria	25
3.7.4. Zambia	26
4) Políticas para terminar con la brecha rural / urbana: extender la protección de la salud a todos y enfocarse en los determinantes sociales de las inequidades	28
4.1. Objetivos y principios clave: Eliminar las principales causas de inequidades	28
4.2. Una agenda compartida para el futuro: abordar las desigualdades en un enfoque multisectorial coherente	29
4.2.1 Considerando las características de la vida rural y del trabajo	30
4.2.2 Pasar de la caridad a los derechos	31
4.2.3 Desarrollando espacio fiscal y asignando recursos a la protección de la salud rural	31
4.2.4 Hacer que la atención médica de calidad esté igualmente disponible en las zonas rurales	33
4.2.5 Garantizar la asequibilidad de la atención y la protección financiera	36
4.2.6. Abordar los determinantes sociales de las inequidades: políticas de protección social	37
4.3 El proceso de implementación	39
5) Conclusiones	43
Anexo estadístico: Déficit en la protección sanitaria universal por zonas rurales / urbanas: estimaciones mundiales, regionales y nacionales, último año disponible	45
Otras lecturas	59

Lista de tablas

1	Indicadores utilizados para medir la cobertura rural / urbana y el acceso a la atención médica	3
2	Desigualdades en la cobertura y el acceso a la atención médica: Camboya, México, Nigeria, Zambia, 2015	22
3	Identificar problemas centrales de déficit de acceso a la salud rural / urbana	40
4	Opciones de políticas seleccionadas para reducir los déficits de acceso a la salud urbana / rural	41

Lista de Figuras

1	Proporción de la población mundial no protegida por la legislación o afiliada a un seguro de salud. esquema, 2015 (porcentajes)	6
2	Proporción de la población rural en África no protegida por la legislación o afiliada a un país servicio o plan de salud, 2015 (porcentajes)	7
3	Déficits de cobertura rural / urbana en Asia y el Pacífico: proporción de la población no protegida por legislación o afiliada a un servicio o plan nacional de salud, 2015 (porcentajes)	8
4	Distribución de países donde la brecha de cobertura rural excede a la urbana en más del 50 por ciento, por región y nivel de ingresos, 2015 (37 países; porcentajes)	8
5	Estimaciones globales de déficit de trabajadores de salud calificados en áreas rurales y urbanas, 2015 (millones)	9
6	Poblaciones rurales / urbanas sin acceso a la atención de salud debido a la escasez de trabajadores de la salud, 2015 (OIT déficit de acceso del personal, * porcentajes)	10
7	Población rural y urbana sin acceso a servicios de salud por falta de recursos financieros, 2015 (porcentaje de la población mundial total)	11
8	Brecha estimada de cobertura de salud debido a déficits financieros en áreas rurales / urbanas, regiones seleccionadas, 2015 (porcentajes)	12
9	Distribución de OOP rural en todo el mundo, 2015 (porcentaje de THE)	13
10	Distribución de OOP urbana en todo el mundo, 2015 (porcentaje de THE)	14
11	OOP mundial rural y urbana, 2015 (porcentaje de THE)	15
12	Distribución de OOP rural y urbana, regiones seleccionadas, * 2015 (porcentaje de THE)	15
13	Tasas de mortalidad materna: número de muertes por cada 10.000 nacidos vivos, regiones seleccionadas, 2015	17
14	Estimaciones urbanas / rurales de las tasas de mortalidad materna, 2015 (por quintil nacional de MMR)	18
15	Déficit de acceso del personal rural y mortalidad materna, países seleccionados, 2015	19
16	El déficit global en acceso efectivo a servicios de salud, poblaciones urbanas y rurales, 2015 (porcentajes)	20
17	Déficits regionales en el acceso efectivo a los servicios de salud, poblaciones urbanas y rurales, 2015 (porcentajes)	21
18	Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en Camboya rural y urbana, 2015	23
19	Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en las zonas rurales y urbanas de México, 2015	24
20	Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en zonas rurales y urbanas de Nigeria, 2015	26
21	Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en las zonas rurales y urbanas de Zambia, 2015	27

Agradecimientos

Los datos y la metodología utilizados para las evaluaciones presentadas en este documento fueron desarrollados por Andrea Nove y Sophie Witter, Integrare, Barcelona, España, sobre la base de un trabajo anterior del Departamento de Protección Social de la OIT sobre cobertura y acceso a la salud. La OIT quisiera agradecer a ambos. Nuestro agradecimiento se extiende a quienes brindaron un apoyo significativo en el contexto del complejo desarrollo y evaluación de datos: Jim Campbell, Organización Mundial de la Salud (OMS); Jim Buchan, Universidad Queen Margaret, Edimburgo, Escocia; Melisa Martinez Alvarez, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Zoë Matthews, Universidad de Southampton, Reino Unido; Allisyn Moran, USAID; Francisco Pozo Martin, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Sheetal Sharma, Integrare, Barcelona; y Petra ten Hoope-Bender, Integrare, Barcelona.

Además, se recibieron comentarios, comentarios y validaciones muy apreciados sobre el desarrollo de datos y aspectos metodológicos a través de consultas con numerosas organizaciones nacionales e internacionales, instituciones de investigación, ONG y otros. Incluían la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); Banco Mundial; Organización Mundial de la Salud (OMS); Universidad Bocconi, Milán, Italia; Universidad Dumlupınar, Turquía; Universidad de Monash, Australia; Universidad de Heidelberg, Alemania; la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS); y Public Service International (PSI).

Además, el desarrollo de datos se benefició de los comentarios y el apoyo de los colegas de la OIT Anne Drouin, Hiroshi Yamabana, Christina Behrendt y Andres Acuna-Ulate, todos del Departamento de Protección Social de la OIT, así como colegas del Departamento de Estadística de la OIT: Monica Castillo, Devora Levakova, Marie-Claire Sodergren y Hassan Kashef.

El artículo fue editado por Xenia Scheil-Adlung, Departamento de Protección Social de la OIT, con base en aportes significativos de Andrea Nove, Integrare. Se recibió apoyo de Thorsten Behrendt y Lorraine Wong, ambas del Departamento de Protección Social de la OIT y Christiane Wiskow, Departamento de Políticas Sectoriales de la OIT. Se recibieron comentarios y aportes adicionales de numerosos colegas, incluidos Valerie Schmitt, Christina Behrendt y Fabio Duran Valverde, Departamento de Protección Social de la OIT. La preparación general del trabajo fue supervisada por la Directora del Departamento de Protección Social, Isabel Ortiz.

Abreviaturas

AAAQ	Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (criterios)
ACI RE	Áreas de importancia crítica sobre el "trabajo decente en la economía rural"
ACI SPF	Áreas de importancia crítica en "crear y extender pisos de protección social"
CBHI	Seguro de salud comunitario
CBM	Monitoreo basado en la comunidad.
FD	Déficit financiero
PIB	Producto Interno Bruto
GHO	Base de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
HRH	Recursos humanos para la salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo / Oficina
AISS	Asociación Internacional de Seguridad Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
MMR	Tasa de mortalidad materna
ONG	Organización no gubernamental
NRHM	Misión Nacional de Salud Rural (India)
OCDE	Organización para la cooperación económica y el desarrollo
ACNUDH	Oficina del Comisionado de Derechos Humanos de la ONU
OOP	Pagos / gastos de bolsillo
PPP	Paridad del poder adquisitivo
PSI	Servicio Público Internacional
TRISTE	Déficit de acceso del personal
SBA	Asistencia calificada al parto
FPS	Pisos de protección social

LA	Gasto total en salud
UHC	Cobertura de salud universal
Naciones Unidas	Naciones Unidas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNPOP	División de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud

Mensajes clave

- 1) Si bien la reducción de las desigualdades en la protección de la salud es ampliamente reconocida en el discurso actual de la cobertura universal de salud (UHC) y la agenda post-2015, las diferencias e impactos experimentados por las poblaciones rurales en comparación con las poblaciones urbanas no se han evaluado hasta ahora, dada la ausencia de datos desglosados.
- 2) En este contexto, la OIT ha desarrollado por primera vez evidencia global que sugiere diferencias significativas, si no extremas, entre las poblaciones rurales y urbanas en la cobertura y el acceso a la salud a nivel mundial, regional y nacional:
 - o Mientras que el 56% de la población rural mundial carece de cobertura de salud, solo el 22% de la población urbana no está cubierta. La población rural más privada de África es la población rural de África.
 - o La situación se ve agravada por la extrema escasez de personal sanitario en las zonas rurales. impacto en la prestación de servicios de calidad: en las zonas rurales se observa un déficit global de unos siete millones de trabajadores de salud desaparecidos para prestar servicios, en comparación con la falta de tres millones de personal calificado en las zonas urbanas. Debido a esta escasez de personal de salud rural, la mitad de la población rural mundial carece de acceso a la atención urgentemente necesaria.
 - o Los déficits en el gasto en salud per cápita son dos veces mayores en las zonas rurales que en las urbanas.
 - o Los déficits observados resultan en sufrimiento y muerte innecesarios, como se refleja para ejemplo en las tasas de mortalidad materna rural que son 2.5 veces más altas que las tasas urbanas. A nivel mundial, los niveles más altos de mortalidad materna rural se encuentran en África.
- 3) Con base en la evidencia proporcionada, se puede concluir que el lugar de residencia en gran medida determina la cobertura y el acceso a la atención médica. De hecho, la división rural / urbana es una característica constante en todo el mundo, que existe en todas las regiones y en todos los países. Actualmente, el lugar de residencia puede considerarse como una puerta de entrada o una barrera clave para acceder a la protección de la salud. Como resultado, el lugar de residencia determina si las personas viven o mueren.
- 4) Los resultados de las estimaciones de la OIT sugieren que los derechos fundamentales a la salud y la protección social siguen sin cumplirse en gran medida para las poblaciones rurales. Los problemas detrás de estos desarrollos van desde la legislación faltante o fragmentada hasta las brechas en la implementación, lo que resulta, por ejemplo, en graves déficit en la prestación de servicios en las zonas rurales. Por lo tanto, las poblaciones rurales no pueden contribuir al crecimiento económico, la riqueza y el desarrollo que se necesitan con urgencia.
- 5) Si bien los problemas centrales que conducen a las desigualdades observadas se pueden identificar dentro del sector de la salud, Muchas de las causas fundamentales se encuentran más allá del sector mismo. Incluyen pobreza, informalidad, discriminación y falta de voz y poder.
- 6) Abordar estos problemas requiere cambios sistémicos anclados en los derechos sociales y económicos. empoderamiento: poner fin a la brecha rural / urbana implica establecer, extender e implementar plenamente la cobertura de protección social, como se describe en la Recomendación de la OIT sobre Pisos de Protección Social, 2012 (núm. 202) (OIT, 2012a), a las áreas rurales con miras a lograr la universalidad cobertura y abordar las brechas en el acceso a la atención médica.
- 7) De acuerdo con la Recomendación núm. 202, el discurso actual sobre la cobertura universal de salud y la agenda posterior a 2015 deben considerar las garantías estatales para garantizar que todos los necesitados, incluidos los que viven en las zonas rurales, tengan acceso a la protección de la salud y a servicios que cumplan Criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ):
 - o *Disponibilidad de los servicios de salud requiere una cantidad adecuada de salud rural calificada* trabajadores empleados con condiciones de trabajo decentes, particularmente salarios adecuados, y

suficientemente equipado para brindar servicios de calidad. La OIT identifica a 41.1 trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes como una densidad mínima para proporcionar cobertura de salud universal.

o Asequibilidad de servicios de salud de calidad y protección financiera requiere minimizar

pagos de bolsillo (OOP) para la atención médica, a través de la cobertura universal de protección de la salud anclada en la legislación que resulta en el acceso a una atención de calidad. También se debe considerar la atención médica prenatal y posnatal gratuita para los más vulnerables.

o Respetando la dignidad de las poblaciones rurales, la no discriminación y la capacidad de respuesta a

las necesidades especiales son clave para *accesibilidad y aceptabilidad* de servicios para poblaciones rurales.

o Calidad Con la debida consideración a la justicia social y la equidad se debe lograr

variedad de recursos que son *financiera, fiscal y económicamente sostenible*, teniendo en cuenta la capacidad contributiva de las poblaciones rurales y creando espacio fiscal a través de diversos métodos, incluida la prevención del fraude, la evasión fiscal y la falta de pago de las contribuciones, así como una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de atención médica.

8) Principios clave para extender la protección equitativa de la salud y la seguridad de los ingresos a las poblaciones rurales.

incluyen universalidad, equidad y no discriminación. Estos principios exigen solidaridad en la financiación y equidad en la distribución de la carga. También es vital evitar dificultades financieras o un mayor riesgo de pobreza para las poblaciones rurales cuando acceden a la atención médica necesaria.

9) Además, se necesitan esfuerzos para equilibrar la mala distribución de fondos entre zonas rurales y urbanas.

áreas y construir estructuras rurales más adecuadas basadas en un concepto de sociedades inclusivas donde todos estén igualmente cubiertos por la protección de la salud y puedan acceder a una atención de calidad cuando lo necesiten.

10) Políticas exitosas con el objetivo de lograr la equidad en la protección de la salud y reducir las zonas rurales / urbanas

La división requiere una extensión rápida y sostenida de la protección social, incluida la protección de la salud a las zonas rurales. Esto implica compromiso político y diálogo social y nacional, así como experiencia técnica para

o priorizar estrategias basadas en la equidad para extender la protección de la salud a las zonas rurales y totalmente implementar políticas de reforma relacionadas; y

o coordinar con otros sectores de políticas con miras a mejorar las políticas, aumentar los ingresos

generación, crear oportunidades de empleo y promover condiciones de trabajo decentes para las poblaciones rurales, incluidos los trabajadores de la salud rural, como se describe en la Recomendación núm. 202.

11) Políticas multisectoriales eficientes y efectivas para abordar las causas profundas de las inequidades rurales

debe considerar las características específicas de vida y trabajo de las poblaciones rurales. Si no se abordan, las disparidades rurales / urbanas identificadas en el acceso a la atención médica tienen el potencial de obstaculizar considerablemente el desarrollo socioeconómico general en muchos países en desarrollo.

12) El espacio fiscal necesario para abordar las desigualdades rurales / urbanas en la cobertura y el acceso a la salud puede

estar disponible a partir de diversas fuentes, incluida la reducción del desperdicio de fondos de atención médica - por ejemplo, debido a la compra ineficiente de medicamentos demasiado caros, que se estima en 20 a 40 por ciento del gasto mundial en salud.

13) Los impactos de las inversiones en un acceso más equitativo deben considerarse en el contexto de

mejor estado de salud de la población, incluida la fuerza laboral, y mejor desempeño económico, por ejemplo, productividad y oportunidades de empleo.

1. La necesidad de compartir los recursos por igual entre las poblaciones rurales y urbanas, y el discurso sobre la cobertura universal de salud.

El reparto desigual de recursos entre las zonas rurales y urbanas que resulta en diferencias socioeconómicas es un fenómeno global persistente que es particularmente evidente en los países en desarrollo. En 2011, 3.100 millones de personas o el 55% de la población de estos países vivían en zonas rurales y muchos de ellos experimentaron pobreza y problemas de salud: el 70% de los 1.400 millones de personas extremadamente pobres del mundo en desarrollo viven en zonas rurales (FIDA, 2011). Por lo tanto, aunque unos 350 millones de personas rurales dejaron la pobreza extrema en la década de 2000, la pobreza sigue siendo aguda y predominante en las zonas rurales.

La situación se ve agravada por el hecho de que las poblaciones rurales se enfrentan con frecuencia a la informalidad y el trabajo por cuenta propia y, por lo tanto, no pueden generar ingresos suficientes para pagar bienes y servicios básicos como la salud. Además, las inversiones públicas son a menudo escasas y las zonas rurales se caracterizan por la falta de infraestructura esencial, por ejemplo, para la atención médica y el transporte. Como resultado, gran parte de las poblaciones rurales se quedan atrás y a menudo sufren exclusión social.

Una herramienta clave para abordar estas desigualdades es la protección social, como la protección de la salud proporcionada a través de los servicios nacionales de salud y los planes de seguro social y nacional. En este contexto, un discurso político global en los últimos años se ha centrado en lograr una cobertura universal en la protección social, incluida la protección de la salud. Esto se ha reflejado en normas internacionales como la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm.

202), que exige garantías universales para al menos la atención médica esencial y el apoyo de ingresos básicos para todos los necesitados. La noción de cobertura universal de salud también se ha desarrollado a lo largo de los años en otras agencias de la ONU, particularmente en la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se refirió a ella, por ejemplo, en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2011) que alienta a los países a apuntar a la cobertura universal de salud (UHC) y la resolución de la ONU sobre cobertura universal de salud (Resolución de la ONU A /67/L.36 de 12 de diciembre de 2012). Hoy, el principio de cobertura universal de protección social también ha cobrado impulso en el contexto de las discusiones sobre la agenda de desarrollo post-2015.

Si bien el concepto de UHC es ampliamente aceptado y respaldado, carece de claridad y definiciones acordadas globalmente en muchas de sus dimensiones. ¿Qué es la cobertura? ¿Quién está cubierto? ¿Qué servicios se deben proporcionar? ¿Qué niveles de calidad deberían estar disponibles? Estas y muchas más preguntas permanecen abiertas en gran medida en el discurso actual. Como resultado, en algunos países se producen redes de seguridad temporales con objetivos específicos, que brindan servicios en los niveles más bajos e ignoran la necesidad de un acceso igualitario, mientras que otros países han logrado una cobertura integral tanto para el apoyo a la salud como a los ingresos en un tiempo relativamente corto (OIT, 2014a).

Las respuestas específicas a las preguntas anteriores dependen principalmente de las características y políticas específicas de cada país. Sin embargo, hay algunos principios fundamentales que deben seguirse y acordarse. En el núcleo se encuentra, además del principio de universalidad que incluye a todos, el principio de equidad. Un requisito previo de equidad es el desarrollo y la realización de derechos que garanticen los derechos legales, por ejemplo, a la atención médica para todos los necesitados, independientemente del lugar donde vivan las personas. Dichos derechos deben implementarse con el fin de garantizar la dignidad humana y abordar la vulnerabilidad y la exclusión social. Por lo tanto, los Estados deben garantizar que los servicios de salud de calidad estén disponibles y accesibles, sin dificultades financieras, para todos los necesitados, como se describe en la Recomendación núm. 202 de la OIT.

Un análisis del status quo y el progreso hacia la cobertura universal de salud debe centrarse en estos principios y criterios. Implican que las barreras financieras, como los altos pagos de bolsillo (OOP) y la ausencia de los servicios necesarios, a menudo debido a la falta de un número suficiente de trabajadores de la salud o la falta de fondos para servicios en áreas específicas, son perjudiciales para la cobertura universal. crean desigualdades en el acceso efectivo a la atención médica. Sin embargo, estos análisis actualmente no son posibles debido a la escasez de datos, particularmente datos desagregados y específicamente desagregación por áreas rurales y urbanas. En la actualidad no hay datos disponibles comparables a nivel mundial que midan los déficits de acceso a la salud de los países en las zonas rurales.

La falta de datos desagregados y análisis tiene una fuerte influencia en los procesos nacionales de asignación de recursos, lo que lleva a un abandono de las poblaciones rurales en los procesos de políticas de muchos países. La ausencia de datos sobre las poblaciones rurales a nivel mundial y nacional ha contribuido a la creación y el refuerzo de los "sesgos urbanos" en muchos países. Los datos nacionales no revelan la discriminación que afecta a la población rural pobre y, por lo tanto, no son adecuados para brindar a los responsables políticos la orientación necesaria sobre cómo abordar las inequidades rurales / urbanas y compartir los recursos de manera más equitativa. Sin datos significativos, los recursos continuarán siendo asignados de manera desigual y las inequidades rurales / urbanas persistirán. Por lo tanto, existe una gran necesidad de aumentar la disponibilidad y la calidad de los datos desglosados para garantizar la identificación de los pobres rurales,

En este contexto, este documento analiza de nuevo el desarrollo de datos y aplica nuevas metodologías. La evaluación presentada no puede llenar los vacíos de investigación dentro de los países, pero busca proporcionar un punto de partida para una discusión seria e investigación adicional sobre los problemas que dejan a las personas en las zonas rurales detrás del resto de la población mundial. Presenta por primera vez estimaciones globales sobre las disparidades rurales / urbanas en el acceso a los servicios de salud. El informe utiliza indicadores proxy para evaluar dimensiones clave de cobertura y acceso que involucran los principios centrales de universalidad y equidad. Con base en los resultados de las estimaciones, se discuten las opciones de política para cerrar las brechas en un enfoque multisectorial que aborde los problemas y sus causas fundamentales tanto dentro como fuera del sector de la salud.

2) Abordar la brecha de información: una nueva mirada a los datos y las metodologías

Los datos mundiales, regionales y nacionales sobre cobertura y acceso a la salud son muy escasos y, si están disponibles, apenas son comparables. La OIT (2010) desarrolló una de las pocas bases de datos comparables a nivel mundial que proporciona una visión general de las dimensiones clave de cobertura y acceso a la atención médica. Consta de cinco indicadores que miden las dimensiones clave de la cobertura y el acceso a la atención de la salud: asequibilidad, disponibilidad y protección financiera de servicios de salud de calidad complementados con información sobre los resultados de salud basados en las tasas de mortalidad materna (tabla 1).

Tabla 1. Indicadores utilizados para medir la cobertura rural / urbana y el acceso a la atención médica

Indicador	Definición	Dimensión de cobertura y acceso.	Estimaciones nacionales disponibles de
Cobertura legal	Porcentaje de la población afiliada o registrada en un sistema o plan de salud público o privado	Derechos a la seguridad social y a la salud.	Base de datos de la OIT sobre protección de la salud social / datos de salud de la OCDE
Déficit de acceso del personal	La brecha entre el número de médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes y la mediana en los países de "baja vulnerabilidad" (actualmente 41,1)	Disponibilidad de asistencia sanitaria	Base de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Déficit financiero	La brecha entre el gasto real en salud per cápita (excluyendo OOP) y el gasto medio en países de "baja vulnerabilidad" (actualmente US \$ 239)	Calidad de la atención médica.	Cuentas Nacionales de Salud de la OMS (Base de Datos de Gastos de Salud Global)
Gastos de bolsillo (OOP)	La cantidad de dinero pagada directamente a los proveedores de atención médica a cambio de bienes y servicios de salud como un porcentaje del gasto total en salud	Protección financiera en caso de enfermedad.	Cuentas Nacionales de Salud de la OMS (Base de Datos de Gastos de Salud Global) / Base de Datos de Consumo Global del Banco Mundial
Índice de mortalidad materna (MMR)	El número de muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos.	Resultados del sistema de salud	OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y PNUD

Fuentes: Scheil-Adlung et al., 2010; OIT, 2014a.

El enfoque separa los diferentes impulsores de las brechas y los déficits en la cobertura y el acceso a la salud. El conjunto de indicadores elegidos identifica la participación de estos impulsores en lo que respecta a las brechas generales en la cobertura y el acceso y, por lo tanto, permite identificar intervenciones políticas clave. Las bases de datos utilizadas se refieren a los últimos datos comparables disponibles a nivel mundial. Puede encontrar una descripción completa de los métodos utilizados para calcular las estimaciones nacionales para cada uno de estos indicadores en el *Informe Mundial de Protección Social 2014/15* (OIT, 2014a).

Sin embargo, los datos disponibles no están desglosados por poblaciones rurales y urbanas. De hecho, actualmente no hay una base de datos internacional disponible que permita comparaciones globales sobre cobertura y acceso a la atención médica. Los escasos datos disponibles a menudo están fragmentados, incluso dentro de los países, en función de diferentes definiciones de cobertura, acceso, calidad o alcance de los beneficios, y no permiten evaluar el status quo de las disparidades rurales / urbanas en términos de cobertura y acceso dentro de y en todos los países. En este contexto, es necesario desarrollar y aplicar nuevas metodologías y enfoques que permitan una evaluación de las desigualdades y una estimación de los déficits en la protección de la salud de las poblaciones rurales.

Este documento propone un enfoque de seguimiento de las metodologías anteriores utilizadas para estimar los déficits en la cobertura sanitaria universal (Scheil-Adlung et al., 2010; OIT, 2014a). La metodología propuesta refina el enfoque anterior al aplicarlo a las zonas rurales y urbanas: las estimaciones actuales de los déficits en la cobertura universal de salud basados en los cinco indicadores anteriores se desglosan para medir las diferencias rurales / urbanas en el acceso a la atención médica. Los métodos utilizados no son deliberadamente específicos del país para garantizar la comparabilidad entre países.

Dada la falta de bases de datos globales disponibles, casi todas las opciones para desglosar datos implican el uso de proxies. Por lo tanto, la desagregación se basa en aquellos indicadores que se consideraron el mejor equilibrio entre la precisión de las estimaciones y la escasa disponibilidad de datos. Los proxies elegidos fueron probados por pérdida de precisión contra estimaciones directas disponibles para países seleccionados. Los proxies que cumplen con los requisitos y se consideran más apropiados se han verificado con los datos disponibles del país y los resultados se han ajustado cuando fue necesario.

La cobertura legal de la población rural se estimó utilizando el porcentaje del PIB proporcionado por el sector agrícola. El PIB proporcionado por otros sectores permitió estimar la cobertura legal de las poblaciones urbanas. En los países donde la cobertura legal nacional alcanzó valores superiores al 99% o inferiores al 1% de la población, se supuso que las disparidades rurales y urbanas eran las mismas. La estimación del déficit de acceso del personal, el déficit financiero y la tasa de mortalidad materna (MMR) de la población rural se basó en la asistencia calificada al parto (SBA) dada la alta correlación observada. En los países donde el déficit nacional era cero, no se suponía ningún déficit rural o urbano. Las estimaciones de la POO de la población rural se basaron en datos de gastos de los hogares del Banco Mundial. Dado que la base de datos está sesgada hacia los países de ingresos bajos y medios, se asumió que las discrepancias rurales y urbanas en los países de ingresos altos eran iguales. Todas las evaluaciones de las estimaciones son ponderadas por población o nacimientos (MMR) y consulte los datos de la Base de datos de las Naciones Unidas sobre perspectivas de la población mundial (2012), el Banco Mundial (Base de datos de indicadores del desarrollo mundial, la Base de datos de consumo global) y la OMS (Depósito de datos del Observatorio mundial de la salud).

Se invitaron comentarios sobre las opciones metodológicas de organizaciones nacionales e internacionales, instituciones de investigación, ONG y otros, incluyendo el Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); Organización Internacional del Trabajo (OIT); Banco Mundial; Organización Mundial de la Salud (OMS); Universidad Bocconi, Milán, Italia; Universidad Dumlupınar, Turquía; Universidad de Monash, Australia; Universidad de Southampton Unido Reino; Universidad de Heidelberg Alemania; Universidad Queen Margaret, Escocia; Integrare, España; la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS); y Public Service International (PSI).

Dado que los datos utilizados en este documento se derivan del enfoque descrito anteriormente para desglosar las poblaciones rurales y urbanas, se deben tener en cuenta algunas limitaciones. Se refieren particularmente a los siguientes aspectos de la interpretación de datos:

- La naturaleza dinámica del proceso de urbanización significa que las estimaciones presentadas aquí deben interpretarse como una instantánea en el tiempo.
- Un uso específico de país para las definiciones de poblaciones urbanas y rurales podría tener un impacto en las comparaciones entre países. La reducción de la variable urbana / rural a binaria también puede ser problemática para algunos países, ya que tiende a ser más un continuo que una variable binaria.
- Nuestra dependencia de los indicadores proxy indudablemente ha resultado en una pérdida de precisión, pero no es posible estimar el alcance probable de esto. En algunos casos, también, la falta de datos o la confiabilidad de los datos fue un problema para los indicadores proxy seleccionados.

-
- Dadas las suposiciones hechas para las regiones con poca o poca diferencia en las áreas rurales y urbanas, particularmente en América del Norte y Europa occidental, las disparidades pueden existir a pesar de que los resultados de este estudio no las reflejan.
 - El uso de los umbrales rurales y urbanos iguales para estimar el déficit financiero y el déficit de acceso del personal puede resultar en una subestimación de los déficits rurales, ya que las poblaciones rurales podrían necesitar más trabajadores de salud per cápita, ya sea porque ciertas condiciones de salud son más frecuentes en las zonas rurales. áreas o porque una menor densidad de población significa que los trabajadores de salud rurales no pueden ver tantos usuarios de servicios en un día laboral, especialmente si parte del papel del trabajador de salud es trabajar en la comunidad.

La mejor manera de superar las limitaciones descritas es recopilar más y mejores datos, incluida la desagregación subnacional. Sin embargo, hay considerables implicaciones de recursos para esto y es poco probable que suceda en el futuro previsible. Mientras tanto, sería útil estudiar con mayor profundidad las relaciones entre las variables proxy seleccionadas y los indicadores de acceso a la cobertura, lo que permitiría realizar ajustes más matizados e informados por la evidencia.

3) La evidencia: desigualdades en el acceso a la atención de la salud en zonas rurales y urbanas

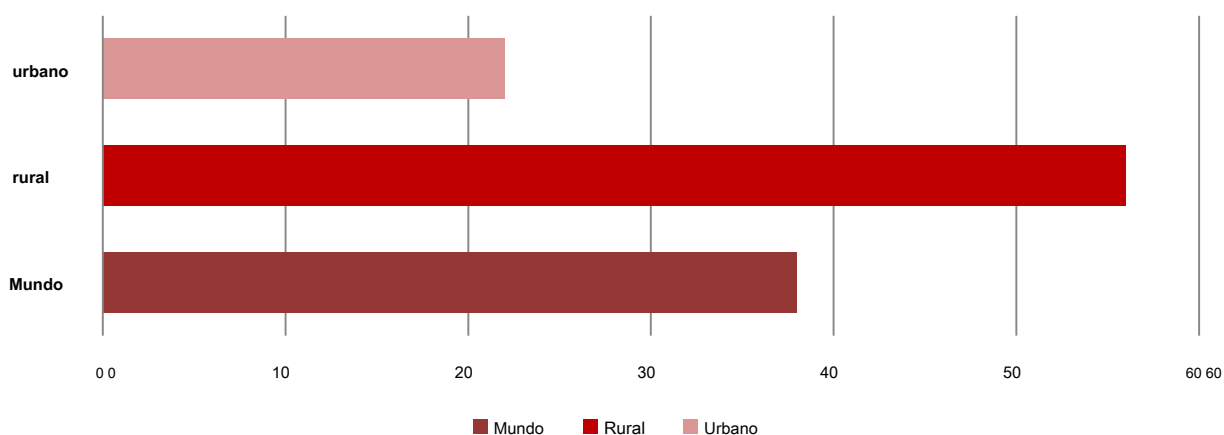
Suponemos que es probable que se produzcan desigualdades en el acceso a la atención de salud entre las zonas rurales y urbanas con respecto a las diversas dimensiones de los criterios de accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios (AAAQ). Por lo tanto, utilizando el conjunto de indicadores descritos anteriormente, estimamos las disparidades relacionadas en términos de AAAQ con respecto a la existencia de cobertura basada en derechos, escasez de trabajadores de salud, brechas financieras, el potencial empobrecedor debido a la POO y el alcance de la mortalidad materna en ambas áreas.

3.1. La falta de derechos a nivel rural.

La cobertura legal proporciona información sobre la proporción de la población mundial que no está protegida por la legislación o afiliada a un servicio nacional de salud o plan de salud y que, por lo tanto, no tiene derecho a acceder a la atención médica cuando la necesita. En ausencia de tales derechos, no existen derechos a la atención médica. Como resultado, las personas que buscan atención médica se ven privadas de la igualdad de oportunidades para recibir el nivel más alto posible de atención, incluida la prevención. Además de la cantidad, la calidad de la atención puede verse obstaculizada; tampoco se garantiza el acceso oportuno a la atención. Además, todavía existe discriminación por motivos de género, edad, minoría u otros aspectos.

El déficit global en la cobertura rural es 2.5 veces mayor que el de las áreas urbanas. La ausencia de cobertura legal de salud en todo el mundo es alta: el 38% de la población mundial carece de cobertura de salud basada en derechos (figura 1). Los mayores déficits se producen a nivel mundial en las zonas rurales, donde el 56 por ciento de la población no tiene cobertura legal de salud. La figura 1 muestra que el déficit en las zonas rurales es 2,5 veces mayor que en las zonas urbanas, donde el déficit asciende al 22%.

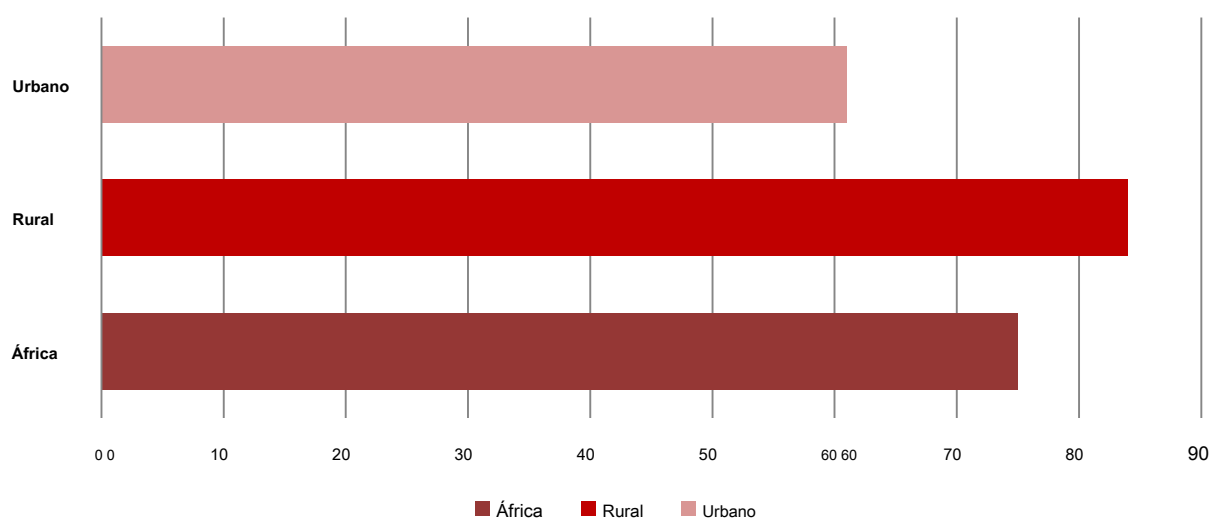
Figura 1. Proporción de la población mundial no protegida por la legislación o afiliada a un plan de seguro de salud, 2015 (porcentajes)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Las poblaciones rurales en África están más privadas de cobertura basada en derechos. Tanto como el 83 por ciento de la población rural que vive en el continente africano no tiene derecho a la atención médica (figura 2), mientras que en las zonas urbanas el 61 por ciento de la población aún no disfruta de esos derechos legales. La ausencia de tales derechos afecta al 75 por ciento de la población africana total. Peor aún, los países africanos con los niveles más altos de pobreza tienen los niveles más bajos de cobertura (OIT, 2014a).

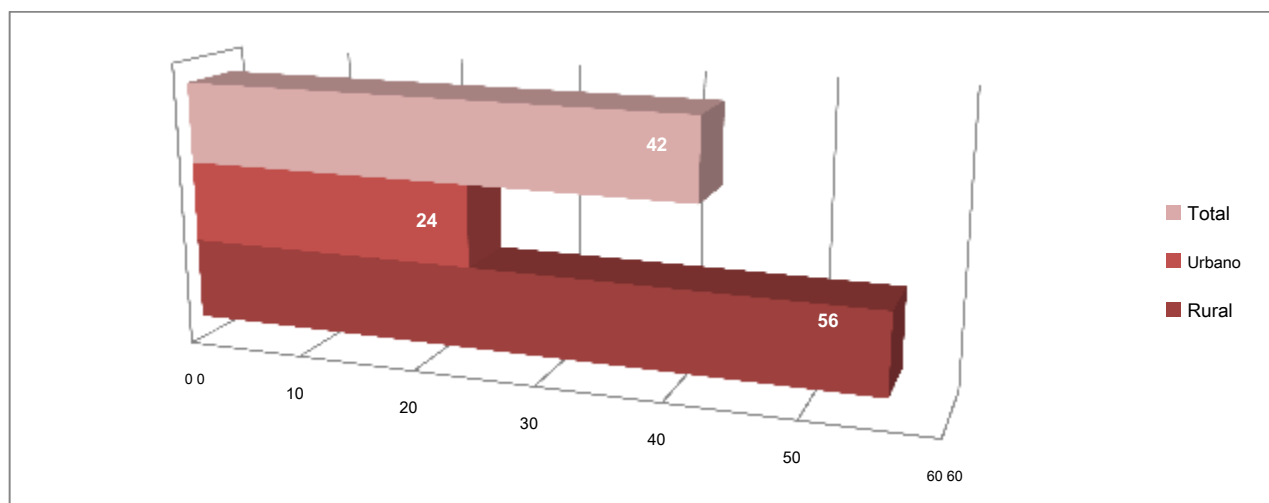
Figura 2. Proporción de la población rural en África no protegida por la legislación o afiliada a un servicio o plan nacional de salud, 2015 (porcentajes)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Las desigualdades rurales / urbanas más extremas a nivel mundial en la cobertura legal ocurren en Asia y el Pacífico. Además de los déficits en la cobertura rural / urbana, es importante evaluar las inequidades en términos del alcance de las diferencias. Las diferencias más extremas en la cobertura legal entre las poblaciones rurales y urbanas en todo el mundo se observan en Asia y el Pacífico: más del doble de personas experimentan déficits de cobertura en las zonas rurales que en las urbanas: el 56% de la población rural y el 24% de la población urbana (figura 3).

Figura 3. Déficits de cobertura rural / urbana en Asia y el Pacífico: proporción de la población no protegida por la legislación o afiliada a un servicio o plan nacional de salud, 2015 (porcentajes)

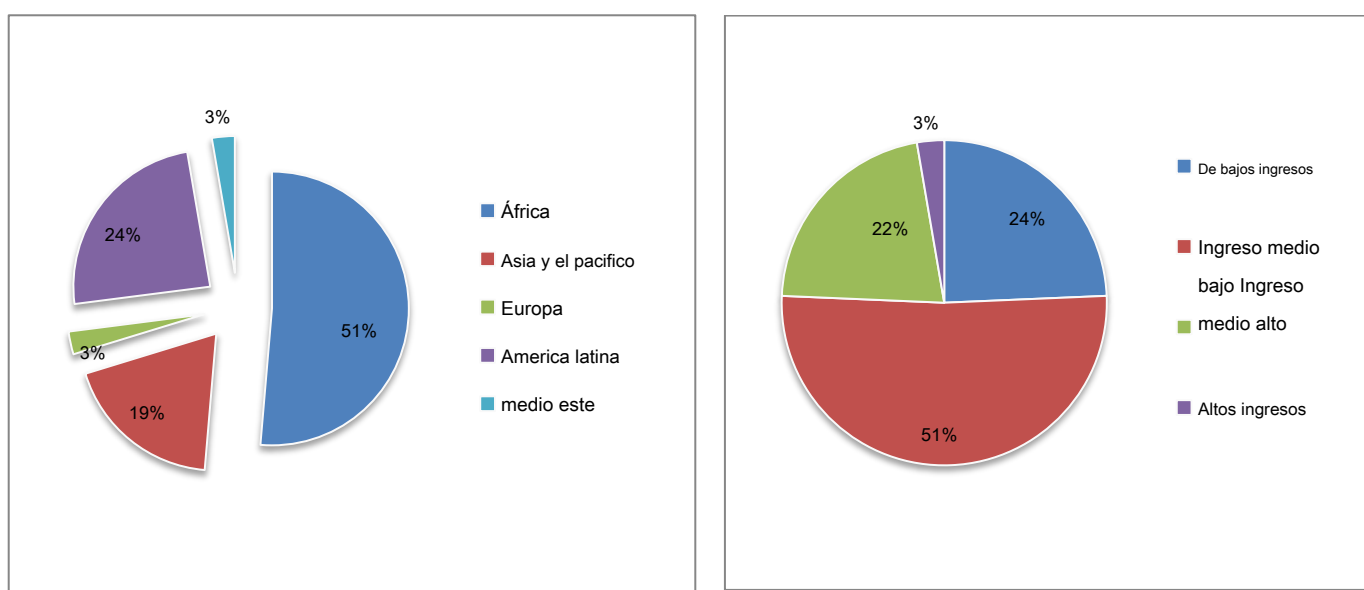


Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

En 37 países del mundo, las desigualdades en la cobertura legal de salud de la población rural son extremas; La cobertura de estas poblaciones rurales es más del 50% menor que la de las poblaciones urbanas. Por ejemplo, en Bosnia y Herzegovina, solo el 9% de la población urbana carece de cobertura en comparación con el 67,5% de la población rural.

Más de la mitad de estos países se encuentran en África, el 24% en América Latina y el Caribe, el 19% en Asia y el Pacífico, y el resto en Europa y Oriente Medio. La mayoría de estos países (51 por ciento) se caracterizan por ingresos bajos a medios, pero los países de todos los niveles de ingresos están preocupados (figura 4). Estos resultados apuntan al hecho de que las desigualdades extremas en la cobertura rural / urbana no pueden explicarse solo por las limitaciones de recursos.

Figura 4. Distribución de países donde la brecha de cobertura rural excede a la urbana en más del 50 por ciento, por región y nivel de ingresos, 2015 (37 países; porcentajes)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

En este contexto, es de suma importancia que los gobiernos aumenten sus esfuerzos para extender e implementar legislación que cubra a toda la población, particularmente a aquellos que viven en áreas rurales. Incluso en países con limitaciones de recursos, debe garantizarse el acceso equitativo, según lo solicitado por la Recomendación núm. 202 de la OIT (OIT, 2012a).

3.2. El impacto de la escasez de trabajadores sanitarios rurales y de sus condiciones de trabajo.

Los trabajadores de la salud son un requisito previo para acceder a la atención médica. Sin trabajadores de salud calificados, no se pueden brindar servicios de salud de calidad a los necesitados. Las brechas en la fuerza laboral de la salud pueden ocurrir si hay un número insuficiente de trabajadores de la salud disponibles en áreas rurales y / o urbanas, o si la combinación de habilidades de médicos, enfermeras y parteras no satisface las necesidades en un área específica. Dichos déficits y desequilibrios en la disponibilidad de profesionales de la salud necesariamente dan como resultado un acceso nulo o desigual a una atención médica de calidad.

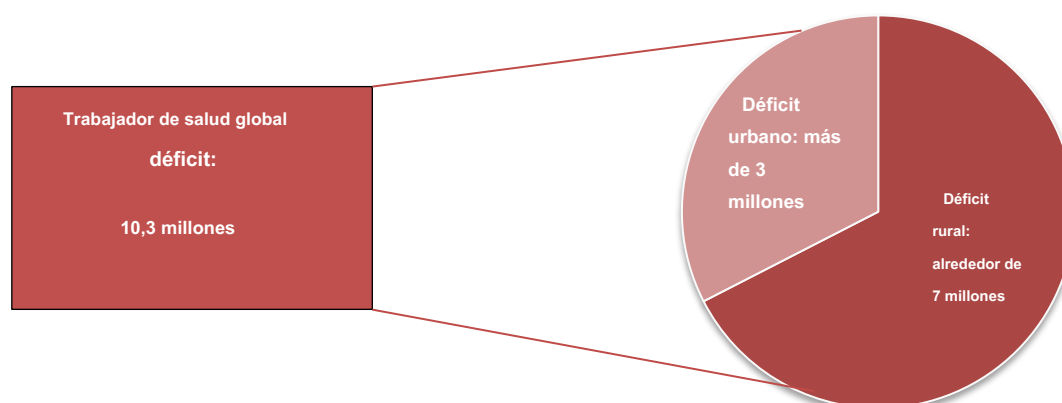
La calidad de la atención brindada por trabajadores de salud calificados se ve significativamente afectada por sus condiciones de trabajo. Además de la falta de tales trabajadores, los bajos salarios y los lugares de trabajo inseguros se encuentran entre las razones principales de la escasez de trabajadores de la salud, como se experimentó más recientemente en los países afectados por el ébola (OIT, 2014b). En consecuencia, los impactos en la salud pueden ser muy graves e incluso provocar muertes innecesarias.

La escasez de trabajadores de la salud es más del doble en las zonas rurales que en las urbanas.

Las estimaciones de la OIT muestran que solo el 23% de los trabajadores de la salud en el mundo de hoy están desplegados en áreas rurales, mientras que el 50% de la población mundial vive en estas áreas y necesitan ser atendidos. Por lo tanto, las áreas rurales experimentan extensiones extremas de necesidades insatisfechas de médicos, enfermeras y parteras.

Dado el requisito de lograr la cobertura universal de salud y brindar atención médica por igual a todos los necesitados, la OIT estima que a nivel mundial faltan 10.3 millones de trabajadores de la salud calificados en el esfuerzo por lograr la cobertura universal de salud (OIT, 2014c). Esto se basa en un umbral relativo de 41.1 trabajadores de salud por 10.000 habitantes. Casi el 70 por ciento de los trabajadores de la salud (siete millones) faltan en las zonas rurales (figura 5) en comparación con unos tres millones en las zonas urbanas.

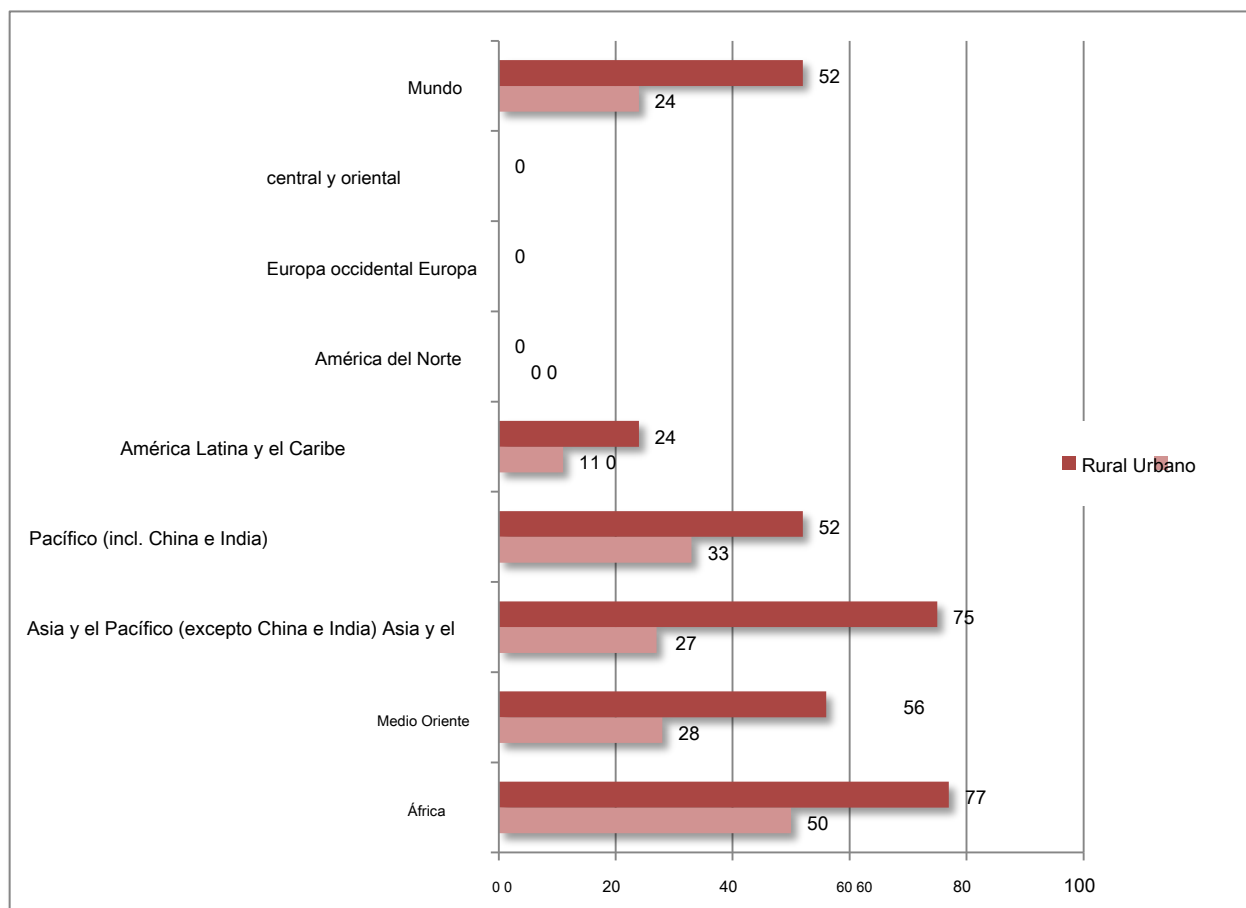
Figura 5. Estimaciones globales de déficit de trabajadores de salud calificados en áreas rurales y urbanas, 2015 (millones)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

La mitad de la población rural del mundo carece de acceso efectivo a la atención médica. Como resultado de esta escasez de trabajadores de la salud, más del 50 por ciento de la población rural mundial carece de acceso efectivo a la atención médica, en comparación con el 24 por ciento de la población urbana (figura 6). Una vez más, las brechas más altas para la población rural se encuentran en África, donde hasta el 77 por ciento de la población no tiene acceso a la atención de la salud debido a la falta de trabajadores sanitarios necesarios; mientras que en las zonas urbanas la mitad de la población todavía está desatendida.

Figura 6. Poblaciones rurales / urbanas sin acceso a la atención de salud debido a la escasez de trabajadores de la salud, 2015 (Déficit de acceso del personal de la OIT, * porcentajes)



Nota: * El déficit de acceso del personal es una medida de cómo el número de médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes se compara con la mediana en los países de baja vulnerabilidad. Un valor alto indica un gran déficit. Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

En todo el mundo, los países están experimentando déficits de trabajadores de la salud más significativos en las zonas rurales que en las urbanas. En todos los países que experimentan escasez de trabajadores de la salud, los déficits son mayores en las zonas rurales que en las urbanas. En algunos países (más notablemente en China) la diferencia es muy pequeña, pero en otros (principalmente países de ingresos bajos y medianos bajos) la disparidad rural / urbana es grande.

Las brechas son más obvias en África, donde, como se muestra en la figura 6, el 77 por ciento de la población rural no puede acceder a la atención médica necesaria debido a la ausencia de trabajadores de salud calificados. Sin embargo, con la excepción de Europa y América del Norte, todas las regiones se ven afectadas por altas disparidades rurales / urbanas. En América Latina y el Caribe, la brecha de acceso de

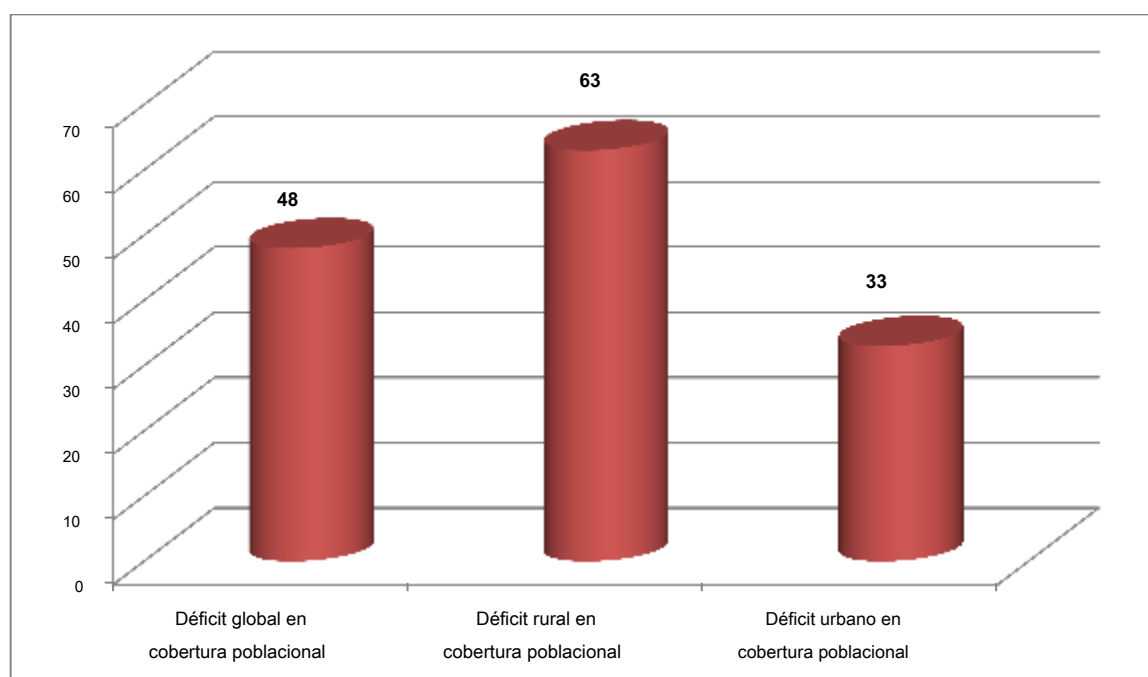
la población rural es más del doble que la población urbana: el 24% (rural) en comparación con el 11% (urbano) están excluidos del acceso a la atención de salud debido a la escasez de trabajadores de la salud.

3.3. El alcance de la financiación desigual para la protección de la salud en las zonas rurales y urbanas.

Los déficits en la financiación de la atención médica determinan casi todas las dimensiones del acceso a la atención médica, por ejemplo, los períodos de espera, la calidad de la atención, la aceptación o el rechazo de los pacientes, la disponibilidad de infraestructura y los trabajadores de la salud y mucho más. Si bien tales déficits existen ampliamente, se observan particularmente en las zonas rurales.

La falta de recursos financieros deja al 63% de la población rural del mundo sin acceso a la atención médica. La falta de fondos para la financiación de la salud mundial da como resultado un déficit de acceso del 48% de la población mundial, casi la mitad de las personas en el mundo. Este déficit se distribuye de manera desigual entre las poblaciones rurales y urbanas: mientras que en las zonas urbanas afecta al 33% de la población, es casi el doble de esta cantidad en las zonas rurales: el 63% (figura 7)

Figura 7. Población rural y urbana sin acceso a la atención médica por falta de recursos financieros, 2015
(porcentaje de la población mundial total)

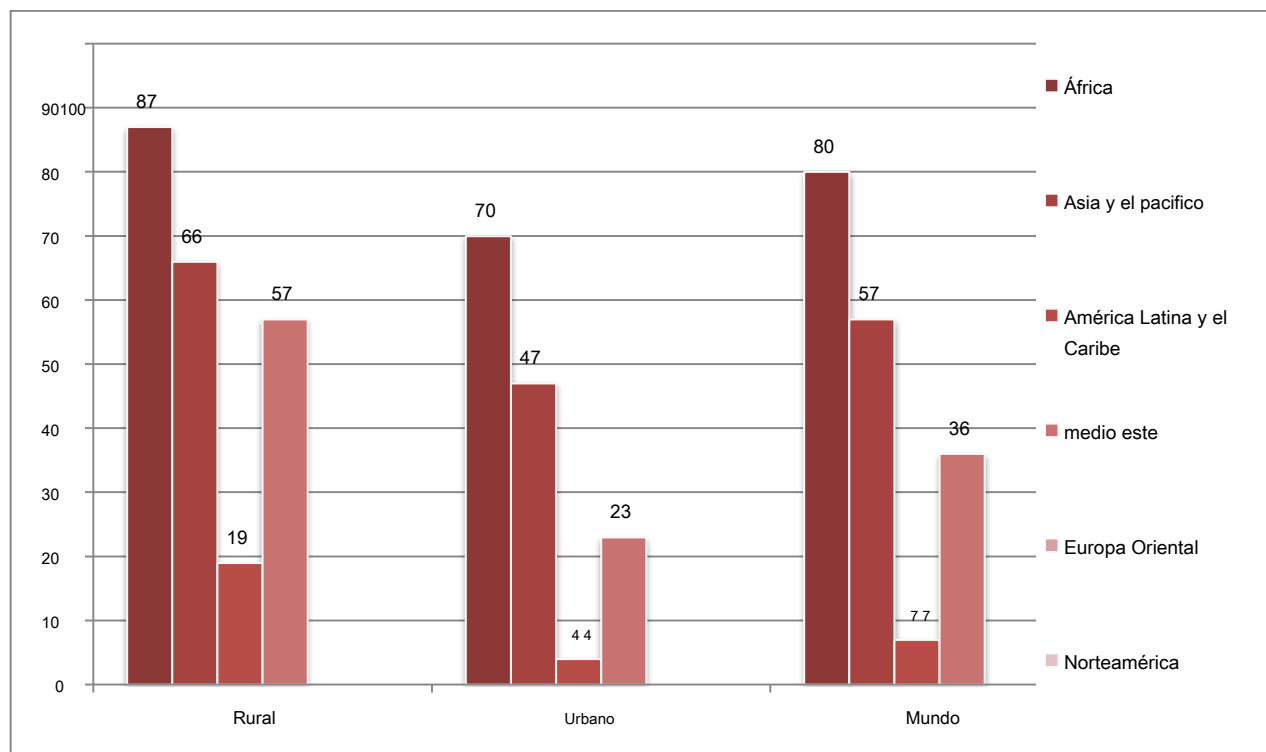


Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

La población rural en África es la que más sufre el déficit financiero. Si bien el porcentaje de la población no cubierta debido a la brecha de recursos financieros es mayor en las zonas rurales que en las urbanas (excepto en Europa y América del Norte), las brechas más altas se encuentran en África, donde el 87% de la población rural está excluida del acceso a la asistencia sanitaria debido a

financiación insuficiente, en comparación con el 70 por ciento de la población urbana. En Asia y el Pacífico, el 66% de la población rural no está cubierta debido a la falta de recursos financieros, en comparación con el 47% de la población urbana (figura 8).

Figura 8. Brecha estimada de cobertura de salud debido a déficits financieros en áreas rurales / urbanas, regiones seleccionadas, 2015
(porcentajes)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

También se encuentran inequidades significativas en las brechas de recursos financieros rurales / urbanos en otras regiones. Se encuentran grandes diferencias en

- Asia, donde la diferencia asciende a casi 19 puntos porcentuales; y
- América Latina y el Caribe, donde la diferencia supera los 15 puntos porcentuales.

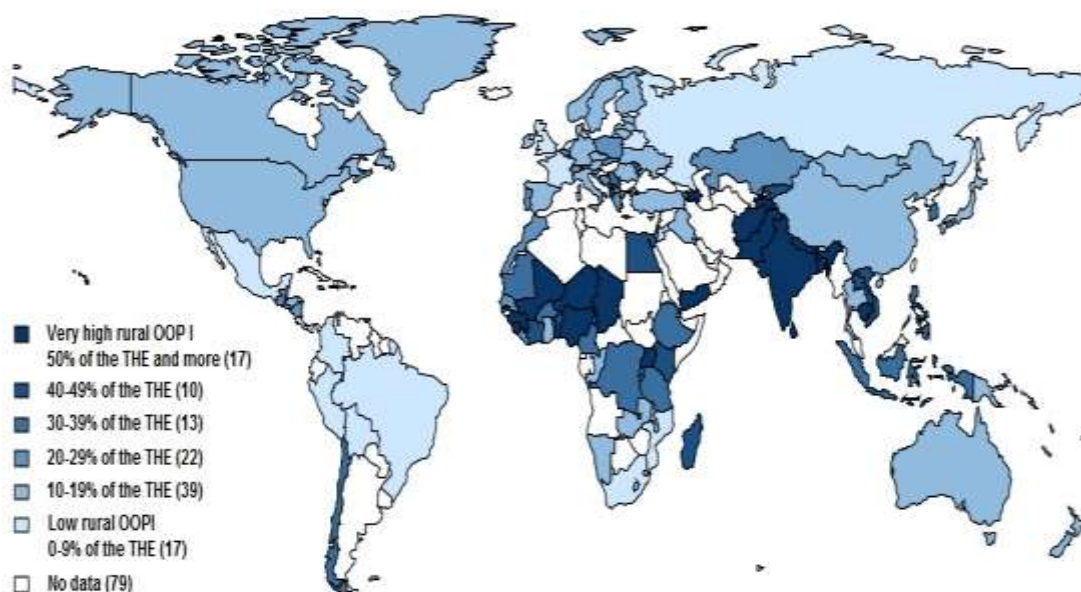
3.4. El empobrecimiento relacionado con la salud de los vulnerables rurales

Los pagos de bolsillo (OOP) representan la forma más injusta e injusta de financiamiento de la salud, dado el impacto regresivo sobre los ingresos, así como la ausencia de una agrupación de riesgos o compartir la carga financiera. Con frecuencia, y particularmente en países de bajos ingresos, la OOP resulta en dificultades financieras para individuos y familias enteras si el acceso a los servicios involucra cantidades significativas. Las OOP que superan el 40% de los ingresos del hogar, netos del gasto en necesidades básicas, generalmente se consideran catastróficos y a menudo resultan en un empobrecimiento o una pobreza más profunda.

Los patrones regionales y nacionales de OOP reflejan el impacto y los resultados de varias dimensiones de la cobertura de salud y el acceso a la atención médica en lo que respecta a los derechos, la financiación y la disponibilidad. Por lo tanto, al interpretar el alcance de la OOP en las zonas rurales y urbanas, es importante tener en cuenta que la OOP es el resultado de lagunas en la cobertura legal, la integridad de los beneficios y la disponibilidad y la asequibilidad de la atención, así como los déficits de recursos financieros.

En las figuras 9 y 10 se proporciona una visión global del alcance de la POO rural y urbana como porcentaje del gasto total en salud (THE).

Figura 9. Distribución de OOP rural en todo el mundo, 2015 (porcentaje de THE)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Figura 10. Distribución de la POO urbana en todo el mundo, 2015 (porcentaje de THE)

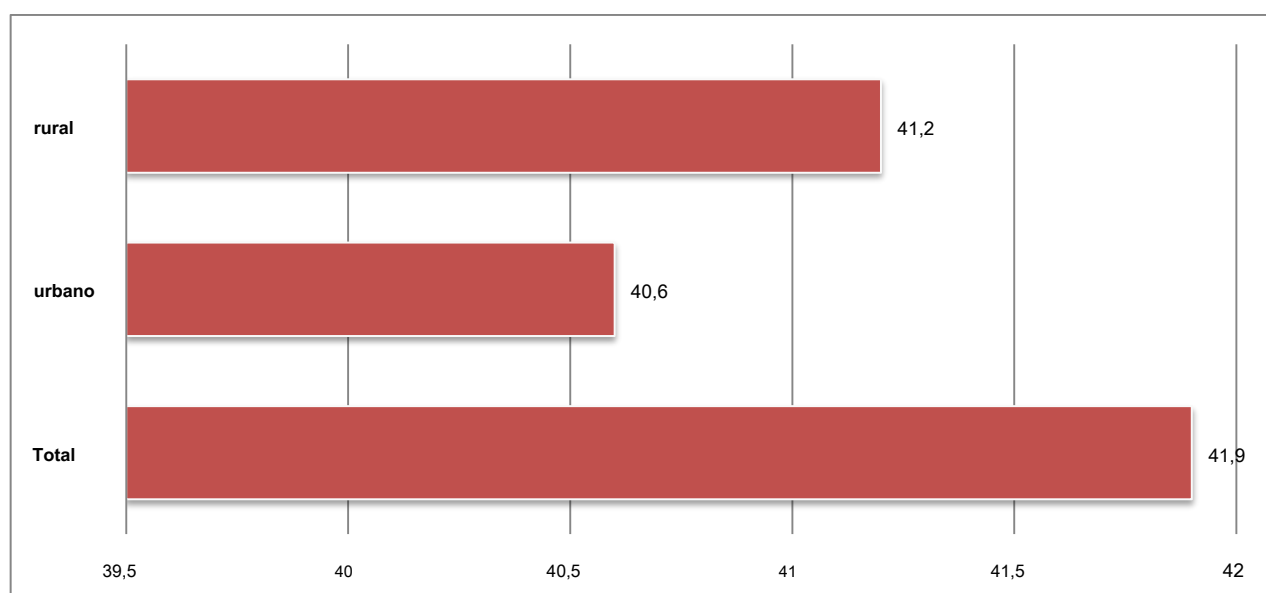


Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

OOP son globalmente marginalmente más altos para las poblaciones rurales que para las urbanas, pero lo contrario es cierto a nivel regional. Las desigualdades rurales / urbanas globales en OOP existen hasta cierto punto: la OOP rural global es más alta que la OOP urbana global, en casi el 42 por ciento de THE en comparación con el 40.6 por ciento respectivamente (figura 11). Sin embargo, la situación a nivel regional es mucho más diferenciada; indica una POO menor para las poblaciones rurales que para las urbanas (figura 12). En la mayoría de las regiones hay diferencias significativas en la cantidad de POO rural y urbana:

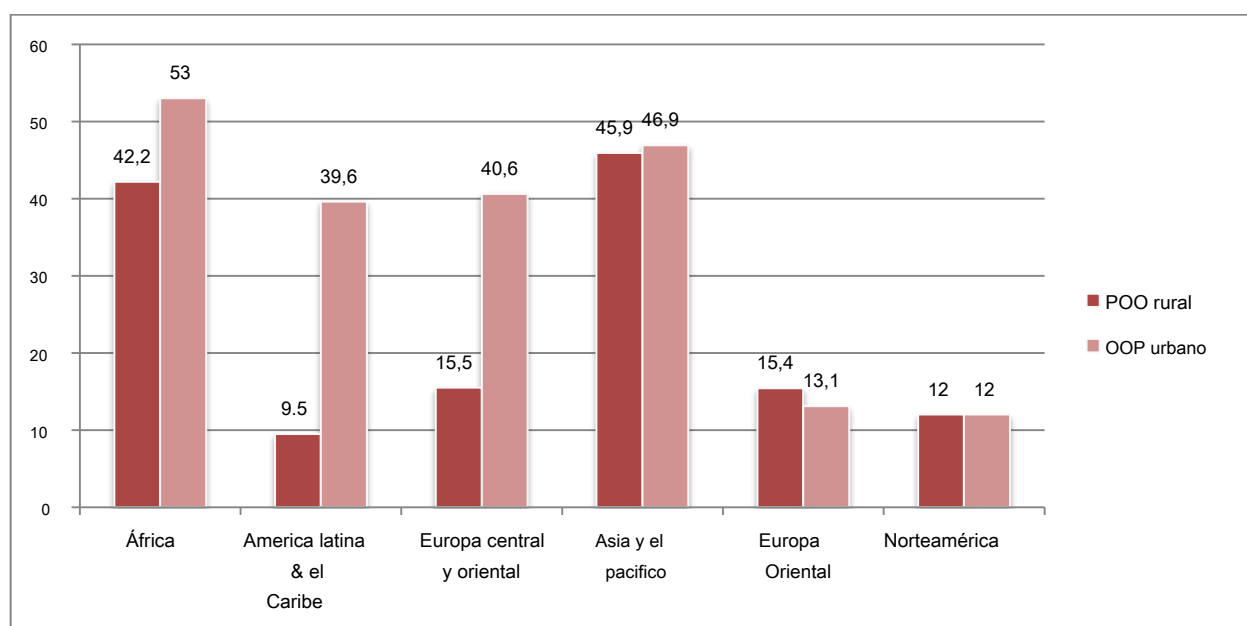
- En África, América Latina y el Caribe, así como en Europa central y oriental, la POO rural es más baja que la POO urbana.
- La OOP regional más alta para las poblaciones rurales se encuentra en Asia y el Pacífico, en casi el 46 por ciento de THE, una cantidad que es solo marginalmente menor que la de la población urbana. Las poblaciones rurales en África están cargadas por más del 42 por ciento del gasto total en salud.
- Las desigualdades más extremas se encuentran en América Latina y el Caribe, así como en Europa central y oriental, donde la POO rural es inferior al 10 y 15.5 por ciento respectivamente de THE, pero la POO urbana alcanza aproximadamente el 40 por ciento.

Figura 11. OOP mundial rural y urbana, 2015 (porcentaje de THE)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Figura 12. Distribución de OOP rural y urbana, regiones seleccionadas, * 2015 (porcentaje de THE)



Nota: * Debido a datos insuficientes, Oriente Medio está excluido de esta cifra. Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Cantidades menores de OOP rural que urbana reflejan la exclusión de las poblaciones rurales del acceso a la atención médica. La OOP rural más baja refleja las brechas significativas en la cobertura de la población rural que exceden los déficits en la cobertura urbana en algunas regiones en más del 50 por ciento. Este es el caso en Europa Central y del Este, así como en Asia y

el Pacífico. Además, en estas regiones, las brechas de cobertura financiera, así como la escasez de personal sanitario, se encuentran predominantemente en las zonas rurales. Como resultado, la población rural apenas tiene la oportunidad de gastar OOP, incluso si lo necesita. Por lo tanto, se puede concluir que la OOP rural inferior refleja la exclusión de la población rural de la atención necesaria.

Otros análisis de OOP en países específicos confirman los hallazgos regionales: países como Colombia, Costa de Marfil y Ucrania se caracterizan por:

- *infraestructura que existe principalmente en áreas urbanas y que es difícil de alcanzar por la población rural. Esto resulta en mayores tasas de utilización por parte de la población urbana* que implican niveles más altos de POO. En algunos países, los servicios de atención médica pueden no estar disponibles en las zonas rurales. Por lo tanto, no es posible acceder a la atención médica y no se produce una POO baja o nula;
- *mayores brechas de recursos financieros en zonas rurales que en zonas urbanas; y*
- *mayor escasez de mano de obra rural que urbana (Colombia, Costa de Marfil).*

Finalmente, para los muy pobres, la POO puede incluso ser cero, ya que el gasto privado puede no ser una opción en absoluto. Por lo tanto, este grupo de personas no se refleja en las estadísticas de OOP a pesar de experimentar la inequidad más significativa.

Cuando la POO rural es más alta que la POO urbana, a menudo ocurren brechas, pero la atención médica es al menos accesible, incluso a un precio más alto para la población rural que para la población urbana.

Este es el caso en Europa occidental y en algunos países de Oriente Medio, como Iraq (véase el anexo estadístico). En **estos países atención de calidad y Se puede acceder a la infraestructura, pero a un precio más alto que el de la población urbana**. Los costos adicionales pueden incluir costos de transporte o buscar atención en proveedores más caros que ofrecen servicios más cerca de casa.

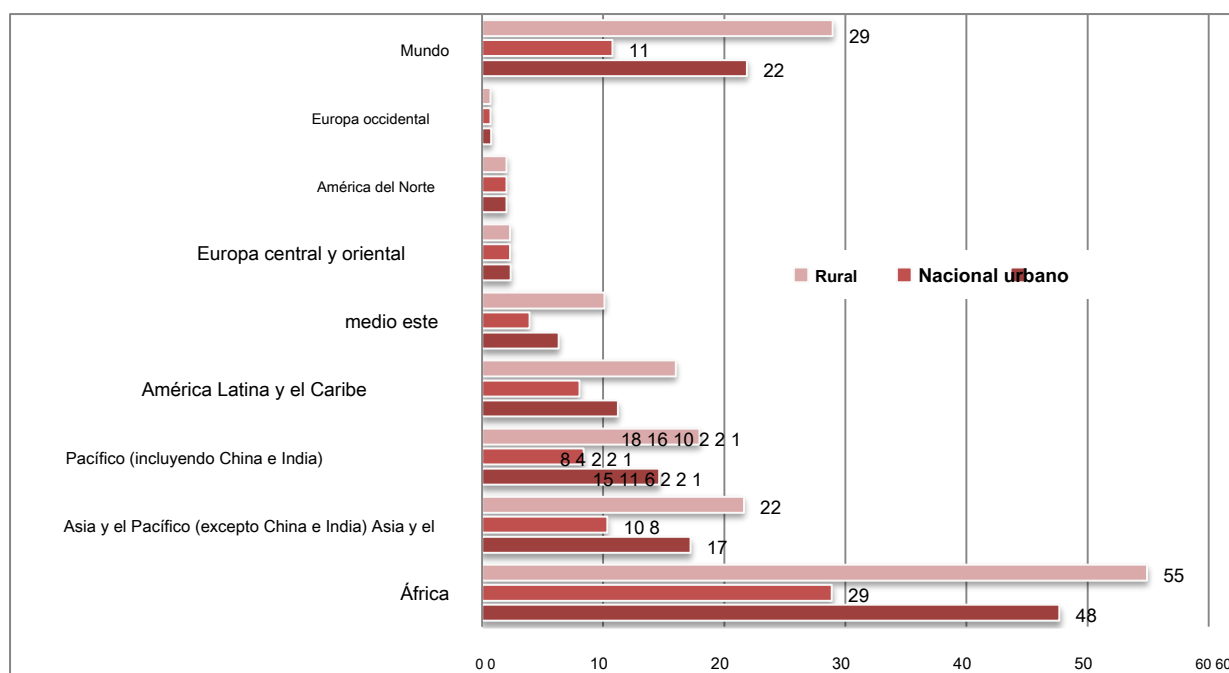
Dado el grado de POO observado en las zonas rurales y las desigualdades extremas dentro de las regiones y países, se puede suponer que la población rural tiene un riesgo mucho mayor de empobrecimiento relacionado con la salud que la población urbana. Incluso si la POO es menor en las zonas rurales, el impacto de la mala salud en la riqueza y la generación de ingresos de la familia de la persona enferma desempeñará un papel importante.

3.5. Desigualdades que amenazan la vida: el alcance de la mortalidad materna rural

La mortalidad materna sirve como un indicador general del desempeño de un sistema de salud y, en particular, de la asequibilidad y disponibilidad de servicios de calidad proporcionados por los trabajadores de la salud, incluidas las parteras.

A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna (MMR) es 2,5 veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En todo el mundo en general, se observó un estimado de 22 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos en 2012. Pero la tasa de mortalidad materna (MMR) es mucho más alta entre la población rural: 29 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos en áreas rurales en comparación con 11 en zonas urbanas. Además, en todas las regiones excepto Europa y América del Norte, la MMR rural es al menos el doble de la MMR urbana (figura 13).

Figura 13. Tasas de mortalidad materna: número de muertes por cada 10.000 nacidos vivos, regiones seleccionadas, 2015

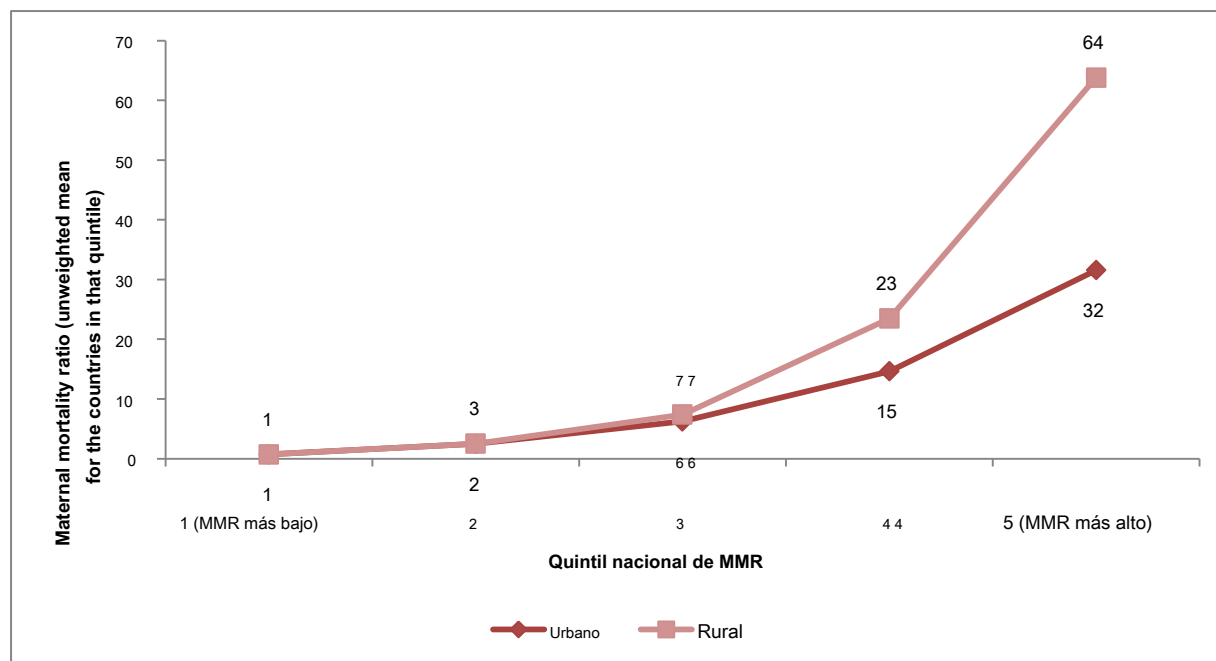


Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

A nivel mundial, los niveles más altos de MMR se encuentran en las zonas rurales de África. La Figura 13 muestra que los más afectados son los más necesitados, es decir, los países de bajos ingresos en el África subsahariana, donde la gran mayoría de las personas que viven en las zonas rurales no tienen acceso efectivo a los servicios de salud. En las zonas rurales de Asia, las MMR son tan altas como 18 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos, en comparación con 8.4 en las áreas urbanas. La diferencia rural / urbana es 2.7 veces mayor en África que en Asia y el Pacífico.

En 24 países, las inequidades rurales / urbanas son extremas. La MMR rural representa más del doble de la estimación urbana en 16 países africanos, cinco países asiáticos, dos países de América Latina y un país de Oriente Medio (véase el anexo estadístico). Encontramos una estrecha relación entre estas disparidades y la MMR nacional: cuanto mayor es la estimación nacional de MMR, mayor es la disparidad entre las estimaciones urbanas y rurales (figura 14). En otras palabras, en los países donde la MMR es alta, es la población rural la que más se preocupa.

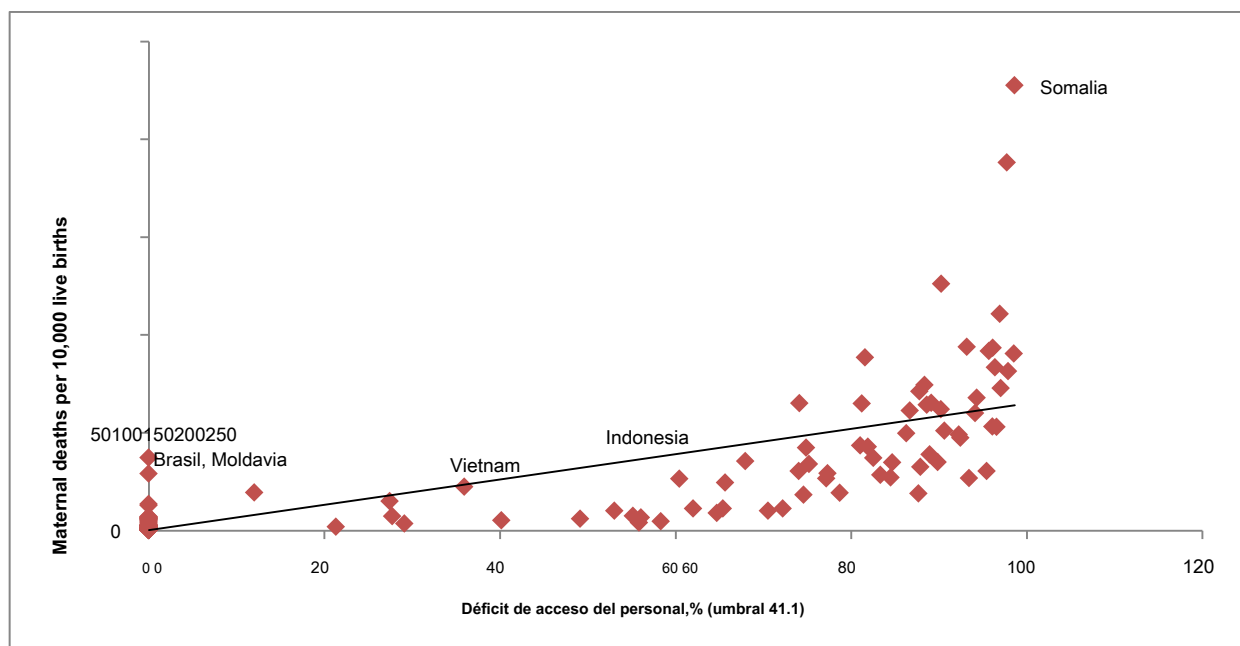
Figura 14. Estimaciones urbanas / rurales de las tasas de mortalidad materna, 2015 (por quintil MMR nacional)



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

La tasa de mortalidad materna aumenta con la extensión del déficit de los trabajadores de la salud. La extensión de la MMR en las áreas rurales está fuertemente relacionada con el déficit de acceso del personal, como se muestra en la figura 15: con la disminución de los niveles de los trabajadores de la salud, particularmente las parteras, la MMR aumenta significativamente.

Figura 15. Déficit de acceso del personal rural y mortalidad materna, países seleccionados, 2015



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

3.6. El tamaño de las desigualdades rurales / urbanas globales

A nivel mundial, las poblaciones rurales experimentan niveles considerablemente más bajos de cobertura de salud y acceso a la atención médica que las poblaciones urbanas. Como hemos visto anteriormente (figura 1), el 22% de la población urbana en todo el mundo no está afiliada a un plan o sistema de salud, en comparación con el 56% de la población rural. Por lo tanto, más de la mitad de la población rural mundial se ve privada del derecho a acceder a la atención médica cuando la necesita.

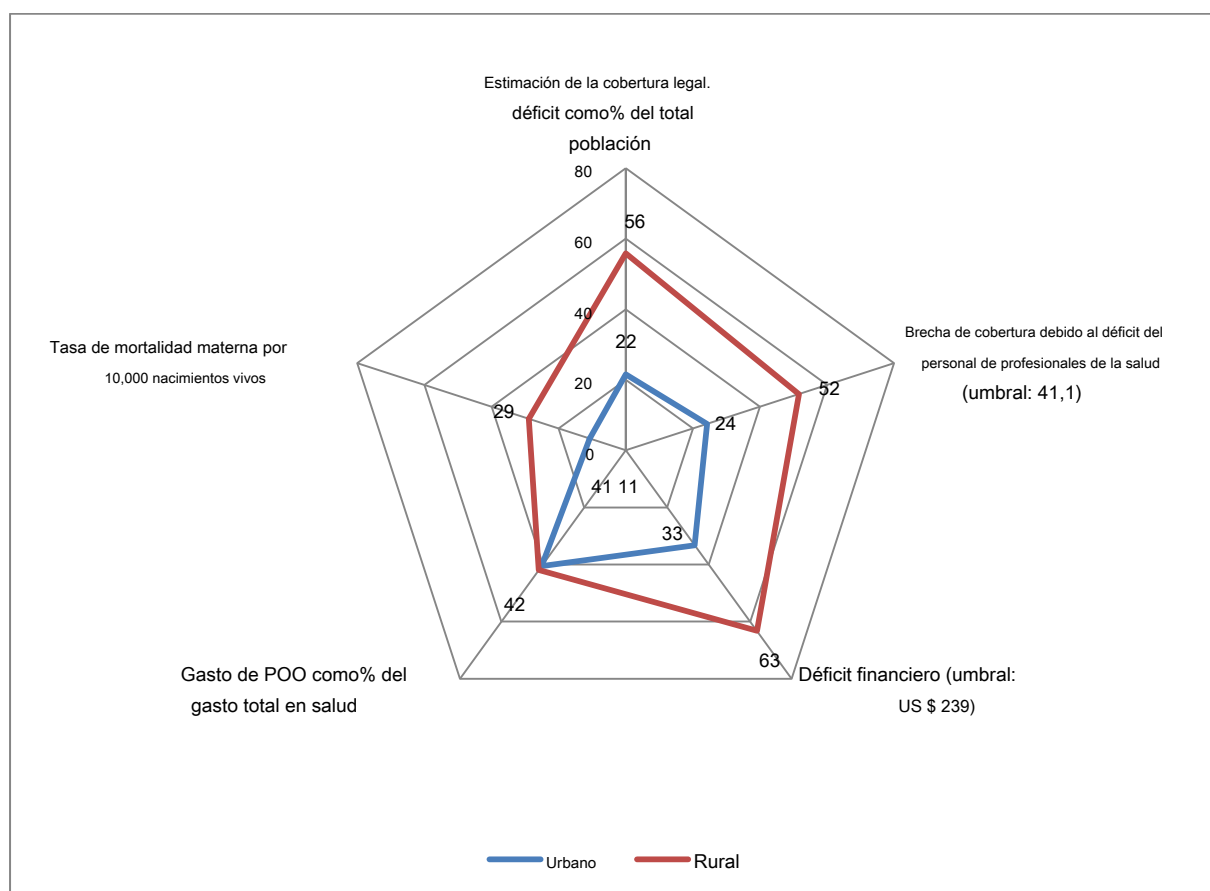
Se encuentra un nivel similar de exclusión con respecto a la brecha de cobertura debido a la falta de trabajadores de salud suficientes para brindar atención de calidad: el 52 por ciento de la población rural carece de dicho acceso en comparación con el 24 por ciento de la población urbana.

También se observan grandes inequidades en relación con el déficit financiero y las tasas de mortalidad materna que sobrecargan a la población rural aproximadamente el doble que la urbana.

OOP parece ser menos desigual; sin embargo, los análisis detallados anteriores revelan que el alcance de la OOP rural está estrechamente relacionado con la falta de acceso a los servicios en comparación con la OOP urbana que refleja tasas de utilización más altas.

La Figura 16 reúne estos hallazgos para mostrar el déficit global en el acceso efectivo a los servicios de salud entre las poblaciones rurales y urbanas.

Figura 16. El déficit global en acceso efectivo a servicios de salud, poblaciones urbanas y rurales, 2015
(porcentajes)

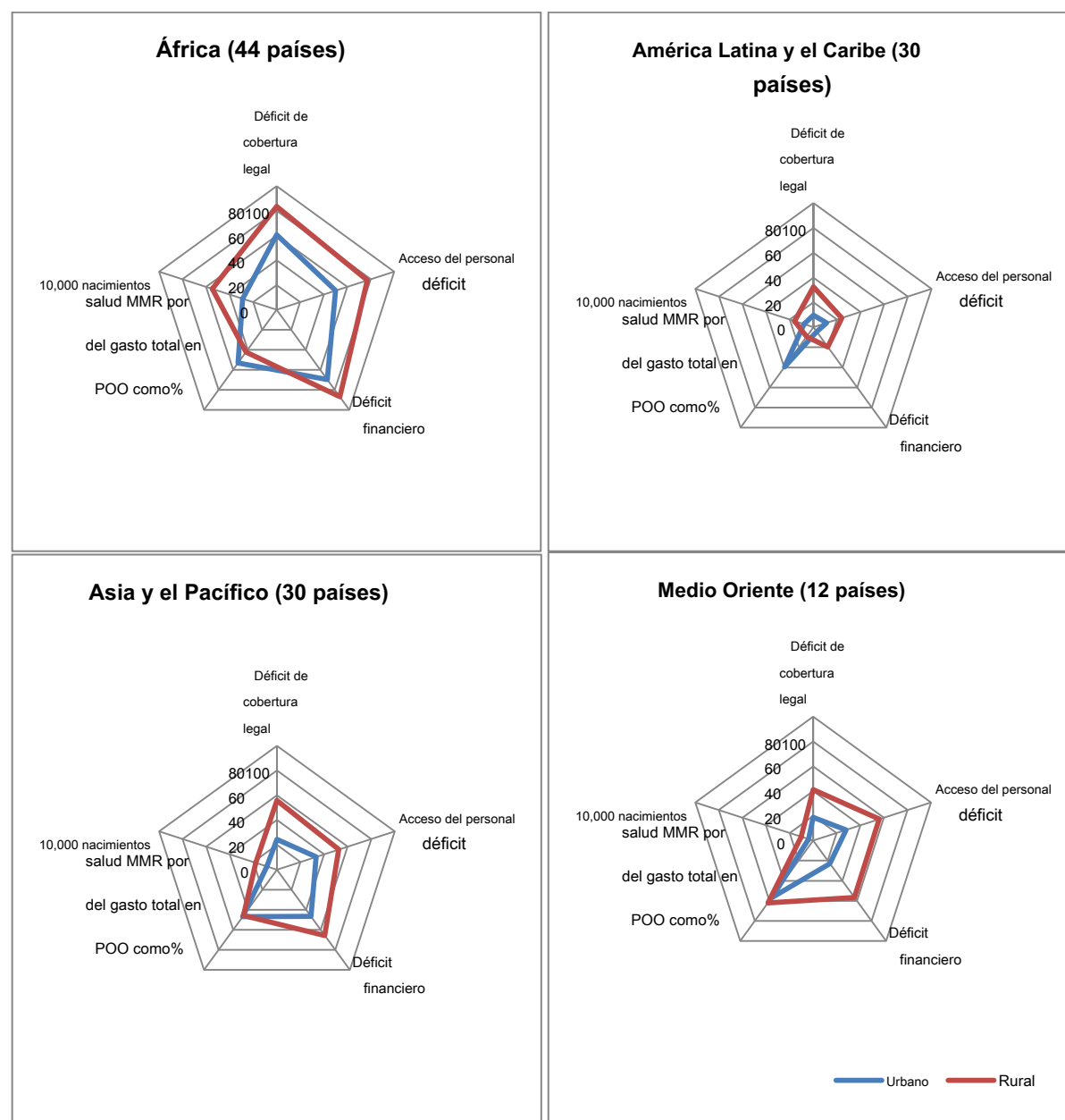


Notas: OOP = gasto de bolsillo, MMR = razón de mortalidad materna. Promedios regionales ponderados por la población urbana y rural, a excepción de la MMR que es ponderada por parteras calificadas urbanas y rurales. Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Al desglosar estos resultados por región (figura 17), encontramos características similares, excepto para las regiones con un número significativo de países de altos ingresos:

- Prácticamente todos los déficits legales, de acceso del personal y financieros ocurren entre las poblaciones rurales.
- Las desigualdades en la POO son relativamente menores, excepto en América Latina y el Caribe.
- Las tasas de mortalidad materna son regionalmente más importantes en África, pero también son significativas en otras regiones.

Figura 17. Déficits regionales en el acceso efectivo a los servicios de salud, poblaciones urbanas y rurales, 2015
(porcentajes)



Notas: OOP = gasto de bolsillo, MMR = razón de mortalidad materna. Promedios regionales ponderados por la población urbana y rural, a excepción de la MMR que es ponderada por parteras calificadas urbanas y rurales.

En este contexto, se puede concluir que:

- Ninguna acción única que se centre en una sola de las áreas destacadas por los indicadores puede resolver los problemas observados: es necesario aplicar un enfoque integral y sistemático que aborde los problemas dentro de los sistemas de salud simultáneamente, principalmente la falta de derechos, trabajadores de salud, financiamiento, Protección financiera y calidad. Por lo tanto, extender la protección de la salud y el acceso equitativo relacionado a todos es clave.
- Además, se debe considerar la estrecha relación entre las brechas en el acceso a la atención médica y las características socioeconómicas de la población rural al buscar soluciones sostenibles para abordar los déficits y lagunas en la protección de la salud experimentados por las poblaciones rurales, para minimizar los impactos de inequidades derivadas de problemas más allá del sector salud.

3.7. Desigualdades en las zonas rurales y urbanas a nivel nacional: estudios de países seleccionados

¿Cómo se ve la situación a nivel de país? En esta sección evaluamos países seleccionados en África, Asia y América Latina: Camboya, México, Nigeria y Zambia. En la tabla 2 se presenta una visión general de los resultados para estos países. Muestra diferencias significativas que se discutirán en las siguientes secciones.

Tabla 2. Desigualdades en la cobertura y el acceso a la atención médica: Camboya, México, Nigeria y Zambia, 2015

		Camboya	México	Nigeria	Zambia
Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total.	Nacional	26	85,6	2	8
	Urbano	34	99	3	12
	Rural	24	75,4	1	6 6
Gasto en salud no financiado por OOP (%)	Nacional	38	47,1	29	74
	Urbano	81	48,2	30	57
	Rural	28	8.1	29	84
Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (% umbral: US \$ 239)	Nacional	91 91	-	87	73
	Urbano	88	0 0	78	52
	Rural	91 91	0 0	91 91	82
Brecha de cobertura debido al déficit del personal de profesionales de la salud (% umbral: 41,1 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes)	Nacional	75	0 0	60 60	81
	Urbano	67	0 0	37	68
	Rural	77	0 0	82	89
Muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos	Nacional	25	5 5	63	44
	Urbano	19	4.9	37	25
	Rural	27	5.5	88	sesenta y cinco

Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

3.7.1. Camboya

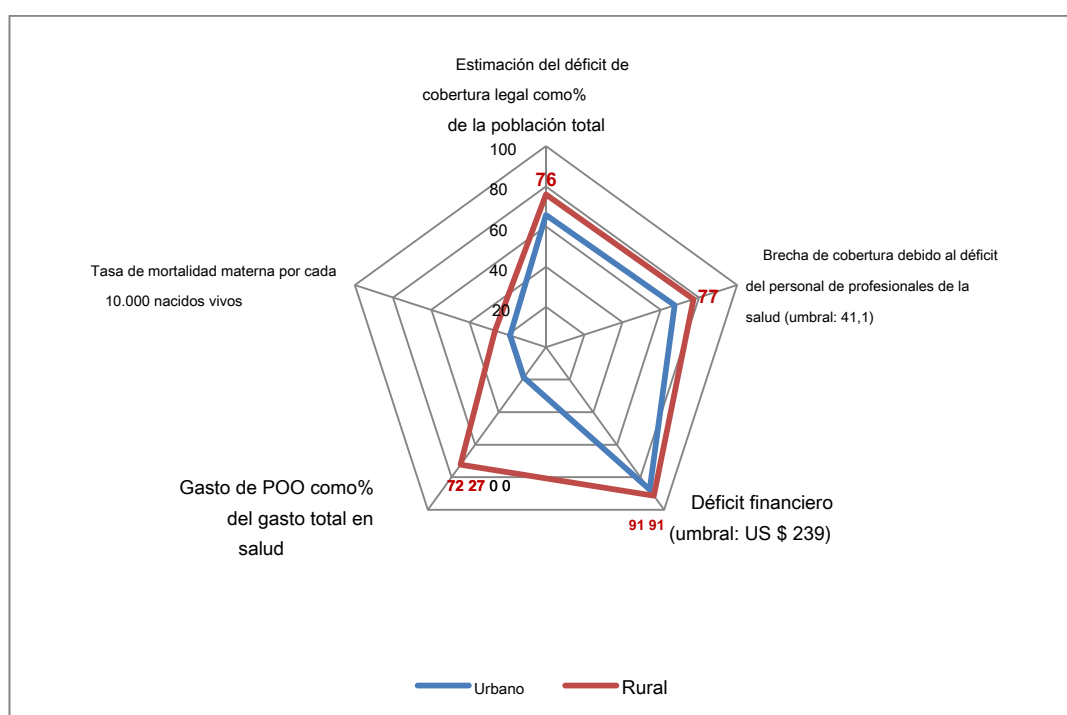
Camboya tiene una población en gran parte rural (alrededor del 80 por ciento), la mayoría de los cuales se dedican a la agricultura de subsistencia, e incluso en otros sectores tradicionalmente ha habido bajos niveles de empleo formal. La atención primaria de salud se brinda a través de un sistema basado en el distrito, y la calidad de la atención y el financiamiento de la salud son desafíos persistentes. Durante los últimos 20 años, el Gobierno nacional ha intentado abordar estos problemas, por ejemplo, mediante la introducción de la Carta de Financiación de la Salud de 1996, que intentó regular el cobro de tarifas por el uso de los servicios de salud. Sin embargo, la preocupación por el costo y la calidad de los servicios de salud pública ha llevado al crecimiento del sector de la salud privada y la baja utilización de los servicios de salud debido a las barreras financieras y de otro tipo. Además, El Gobierno estima que solo una pequeña proporción de los fondos de salud pública en realidad alcanza el nivel de prestación de servicios, lo que conduce a altos niveles de POO y la expansión del sector privado. Se han hecho intentos para abordar estos problemas crónicos, incluida la creación de fondos de equidad en salud, y varios han tenido éxito al hacerlo, pero las iniciativas han tendido a operar a nivel local.

Camboya es un país de bajos ingresos con sistemas impositivos débiles y alta dependencia de los recursos de los donantes, por lo que estos éxitos a nivel local han tendido a no desplegarse regionalmente.

o a nivel nacional y su impacto en los indicadores a nivel nacional ha sido muy limitado (Ministerio de Salud de Camboya et al., 2008).

La Figura 18 muestra altos déficits en todas las dimensiones de cobertura y acceso considerados. Además, en los cinco indicadores, a la población rural de Camboya le va un poco peor que a la población urbana, mientras que la mortalidad materna hizo una contribución relativamente pequeña al déficit de acceso general. En los últimos años, Camboya ha realizado importantes esfuerzos para reducir la mortalidad materna, lo que probablemente explica por qué funcionó mejor en este indicador que en los otros cuatro. Sin embargo, el hallazgo más llamativo es la enorme brecha urbano / rural en la POO como porcentaje del gasto total en salud, que puede considerarse como un síntoma de que la financiación de la salud pública tiene menos probabilidades de llegar a los puntos de prestación de servicios en las zonas rurales que en las urbanas. zonas

Figura 18. Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en Camboya rural y urbana, 2015



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Dado que la mayoría de las brechas urbanas / rurales son relativamente pequeñas en Camboya pero que los déficits de cobertura son altos, el principal desafío para este país será abordar los déficits nacionales sin exacerbar el nivel existente de inequidad. Los mecanismos justos de financiación de la salud también deben ser una prioridad.

3.7.2. Mexico

México tiene una población relativamente urbanizada, con un 21% que reside en áreas rurales (Banco Mundial, 2013). Las personas empleadas en el sector informal representan el 45,1 por ciento del empleo no agrícola en las zonas rurales y el 27 por ciento en las zonas urbanas (OIT, 2012b). Por En 2012, el 52,3% del país estaba en la línea de pobreza nacional. Por lo tanto, la evolución del empleo rural y urbano y las tasas de pobreza tienen implicaciones significativas para que México avance hacia una sociedad más equitativa que incluya protección en salud.

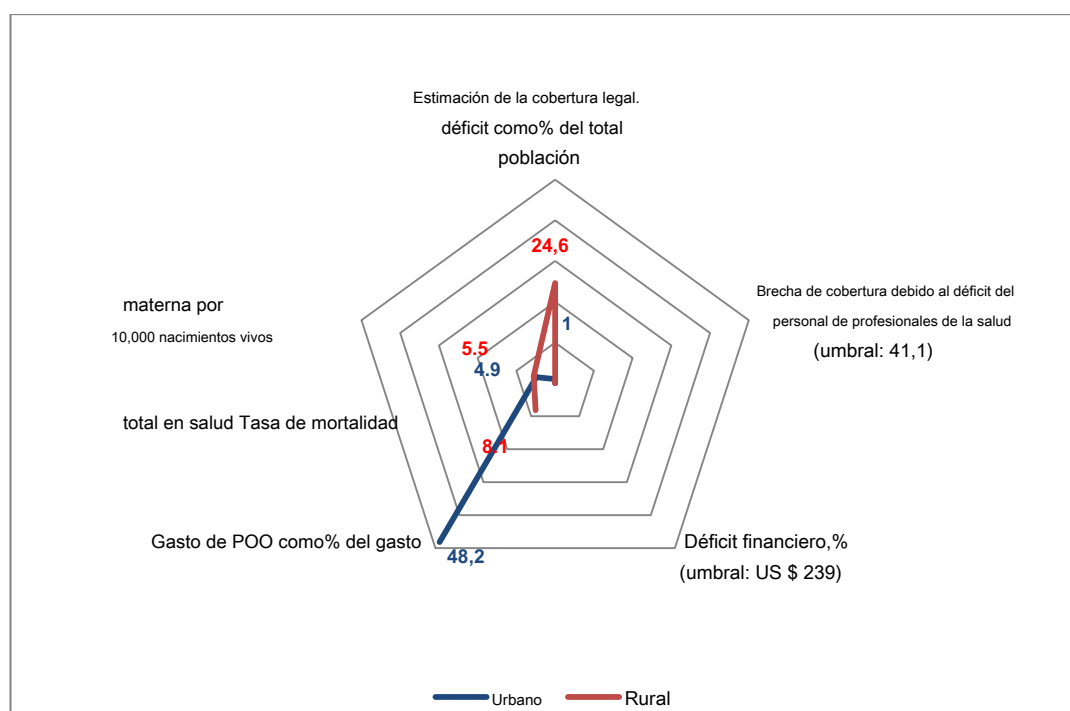
El sistema de salud de México se estableció por primera vez en 1943. El actual plan nacional de seguro de salud, Seguro Popular (SP), se introdujo en 2003 con el propósito de proporcionar atención médica asequible a casi 50 millones de personas que aún no estaban cubiertas (OIT, 2014a). Se pretendía abarcar dimensiones en la protección social de la salud según

El marco AAAQ: brinda atención disponible, accesible, aceptable y de calidad para todos. El gasto total en salud aumentó del 4,4% del PIB en 1990 al 6,3% en 2010 (Bosch et al., 2012). La cobertura a través del seguro público de salud mejoró sustancialmente entre 2002 y 2012: los afiliados al Seguro Popular alcanzaron 52,6 millones en 2012, y la mayoría pertenecía a los cuatro deciles de ingresos más pobres. Además, la cobertura también se extendió al 35% de los afiliados que residen en áreas rurales y al 9% que pertenecen a comunidades indígenas (Knaul et al., 2012). Las disposiciones del Seguro Popular han reducido el gasto catastrófico en que tuvieron que incurrir las familias pobres de México cuando se enfrentaron a una crisis de salud.

Los hogares inscritos en el Seguro Popular son significativamente menos propensos a gastar OOP en medicamentos o servicios ambulatorios. El esquema ha brindado protección financiera a los hogares urbanos con respecto a los medicamentos recetados, y a los hogares rurales con respecto al acceso a las instalaciones de salud (Knaul et al., 2012). La Figura 19 muestra que a pesar del progreso realizado a nivel nacional a lo largo del tiempo, la población rural en México está peor que la población que vive en áreas urbanas para obtener cobertura legal y la tasa de mortalidad materna (MMR). El déficit en la cobertura legal es del 24,6 por ciento en las zonas rurales, frente al 1 por ciento en las zonas urbanas. La MMR asciende a 5.5 muertes maternas por 10,000 nacimientos vivos en áreas rurales versus 4.9 en áreas urbanas, pero a México le va relativamente bien en comparación con la MMR de la región de 16 muertes maternas por 10,

Sin embargo, la brecha en POO es sorprendente. Los hogares urbanos gastan hasta el 48 por ciento en POO en comparación con el 8 por ciento de los hogares rurales. Esto puede estar asociado con la falta de cobertura de la población rural que da como resultado tasas de utilización más bajas y, por lo tanto, cantidades más pequeñas de POO. Además, los desequilibrios en la disponibilidad de infraestructura rural, incluidos los servicios privados, también pueden dar lugar a tasas de utilización más bajas e impactos relacionados en la POO. Esto se observa particularmente con respecto a la hospitalización, que es significativamente menor entre quienes viven en áreas rurales en lugar de urbanas (Salinas et al., 2010).

Figura 19. Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en zonas rurales y urbanas de México, 2015



Notas: Los datos sobre déficit financieros no están disponibles. La brecha de cobertura debido al déficit del personal de profesionales de la salud es 0. Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Si bien solo una minoría de la población total vive en áreas rurales, las comunidades rurales consisten principalmente en grupos vulnerables, poblaciones indígenas y trabajadores informales. En comunidades remotas, los centros de salud operan con aparatos básicos pobres y una infraestructura de telecomunicaciones deficiente, y a menudo cuentan con personal de estudiantes de medicina (Knaul et al, 2012). Habiendo identificado una cobertura legal insuficiente y una escasez en servicios de calidad asequibles en áreas rurales, se debe dedicar una atención considerable a estas áreas para avanzar hacia un acceso más equitativo en la atención médica para las poblaciones rurales.

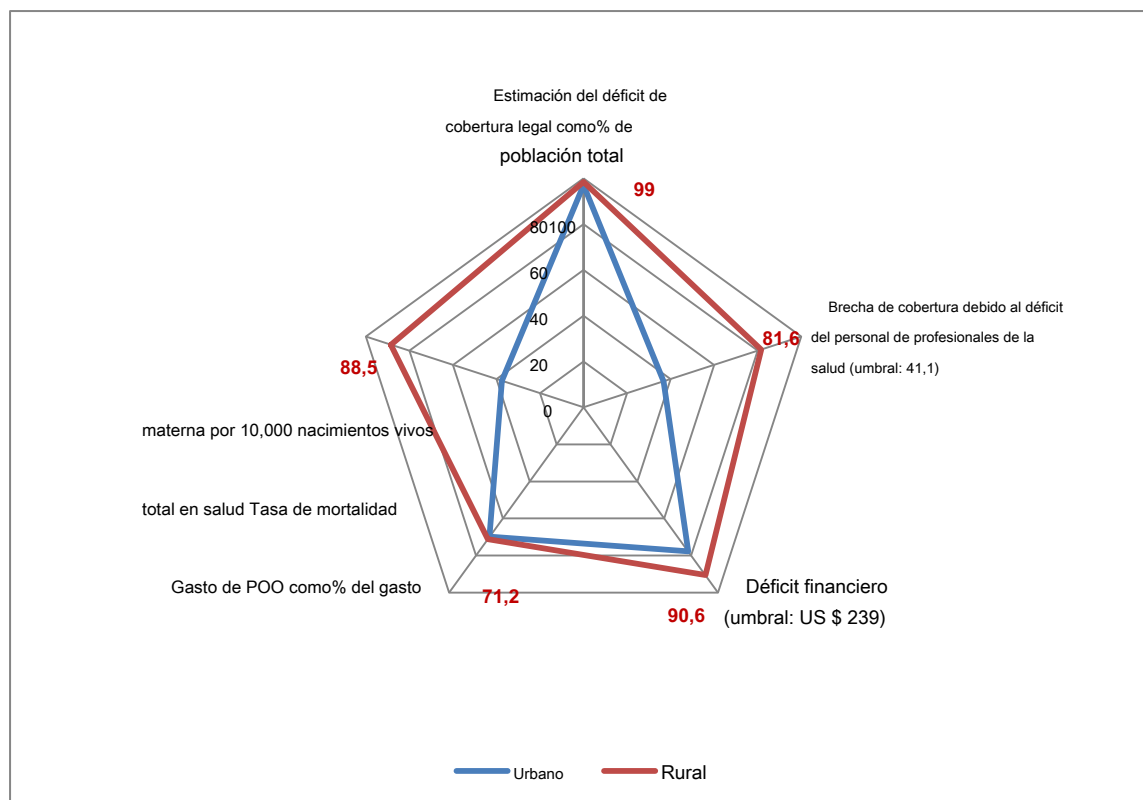
3.7.3. Nigeria

Nigeria es una federación de 36 estados y el territorio de la capital federal de Abuja. Es el país más poblado de África, representa aproximadamente una sexta parte de la población del continente. Al igual que muchos otros países africanos, está experimentando una rápida urbanización, con aproximadamente la mitad de su población actual viviendo en áreas urbanas. La economía depende en gran medida del sector del petróleo y el gas, pero la agricultura, la minería, la industria ligera y el sector bancario también contribuyen significativamente al PIB de Nigeria. Los recursos petroleros se concentran en la parte sur del país, que está mucho más desarrollada que el norte. Tres décadas de inestabilidad política y crisis económica han llevado a un deterioro del sistema de salud y un desempeño deficiente en los indicadores nacionales de salud. El gasto público en salud en Nigeria es bajo, incluso en relación con otros países del África subsahariana, y la gobernanza del sector de la salud es débil, con el resultado de que se ha desarrollado un gran sector privado y la mayoría de los servicios de salud son suministrados por proveedores privados. La oferta de recursos humanos para la salud (RHS) es alta en relación con otros países africanos, pero la planificación y gestión de RHS tiende a ser deficiente (Kombe et al., 2009), con el resultado de que la distribución de los RHS disponibles tiende a ser desigual. .

Las estimaciones nacionales para los cinco indicadores de acceso a la salud reflejan estas tendencias generales, con un déficit financiero muy alto, altos niveles de OOP, altos niveles de mortalidad materna, niveles extremadamente bajos de cobertura legal y un alto déficit de acceso del personal en comparación con otros países subsaharianos. Países africanos

La Figura 20 muestra que en tres de los cinco indicadores (déficit de acceso del personal, déficit financiero y mortalidad materna), la población rural de Nigeria tiene un desempeño mucho peor que la población urbana. Para los dos indicadores restantes (cobertura legal y POO) prácticamente no hay diferencia entre las áreas urbanas y rurales. En el caso de la cobertura legal, esto se debe a que casi ningún ciudadano nigeriano tiene esa cobertura, ya sea que viva en zonas urbanas o rurales. En el caso de la POO, este resultado puede ser indicativo de un sistema de salud pública inadecuado tanto en áreas urbanas como rurales, lo que lleva a que tanto los habitantes urbanos como rurales dependan de proveedores privados.

Figura 20. Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en Nigeria rural y urbana, 2015



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Dados los déficits extremos en la cobertura de salud y las importantes inequidades urbanas / rurales relacionadas con el déficit de acceso del personal, el déficit financiero y la mortalidad materna, los esfuerzos de política deben centrarse en cerrar estas brechas, así como en mejorar los niveles generales de cobertura y reducir la POO, particularmente para las poblaciones rurales, sin aumentar la inequidad.

3.7.4. Zambia

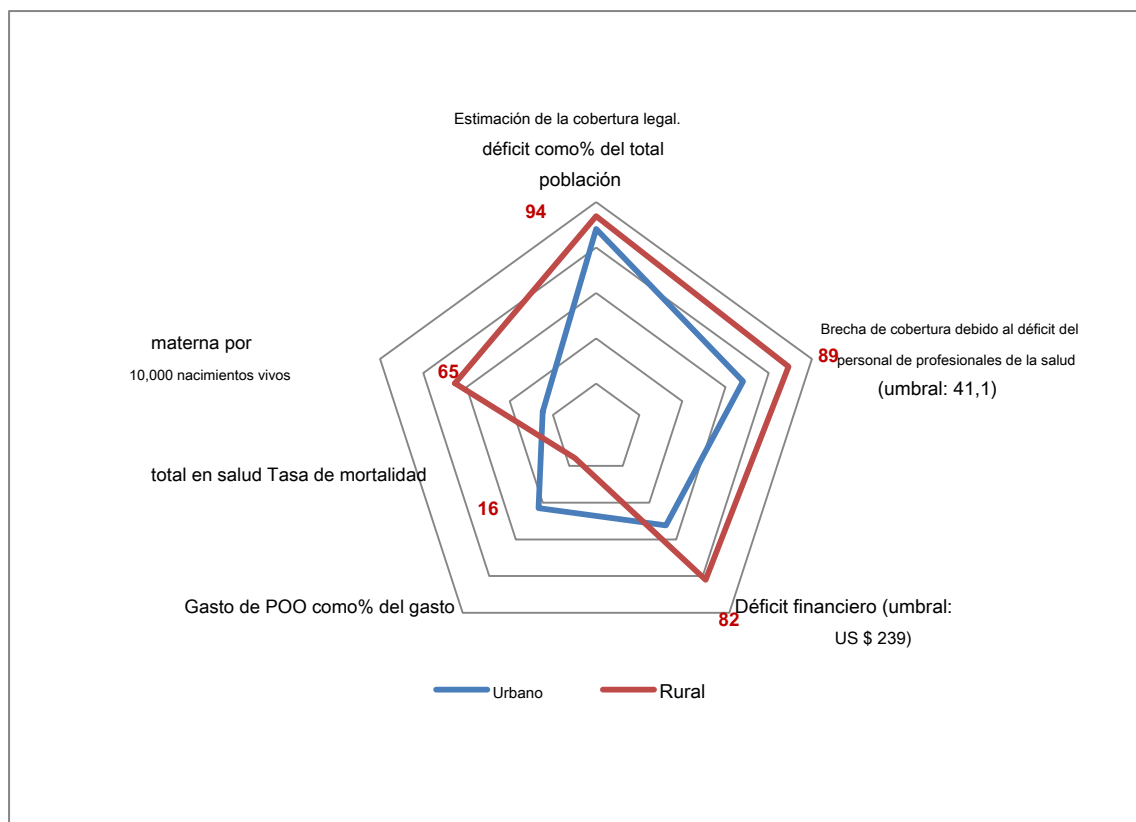
Alrededor del 60 por ciento de la población de Zambia reside en zonas rurales, y el sector agrícola representa la mayor parte del empleo del país. Desde que obtuvo la independencia en 1964, Zambia ha sido un país pacífico y políticamente estable con una historia de buena gestión estratégica de su sector de la salud, con el resultado de que la mayoría de sus servicios de salud se prestan dentro del sector público. La provisión del sector privado tiende a ubicarse en áreas urbanas, y en 2006 el país abolió las tarifas a los usuarios en las instalaciones de salud pública en los distritos rurales. Sin embargo, Zambia todavía tiene una gran escasez de recursos humanos para la salud y un problema con la distribución desigual de los recursos de salud entre las zonas urbanas y rurales (Ferrinho et al.,

2011).

Estas tendencias generales se reflejan en la figura 21: los déficits generales en términos de cobertura legal, recursos humanos para la salud y gasto en salud son altos y la población rural tiene peores resultados que la población urbana en términos de acceso de personal, déficit financiero y mortalidad materna.

Zambia es uno de los países en los que la POO es más alta en las zonas urbanas que en las rurales, y esto probablemente se deba al hecho de que la mayor parte de la provisión del sector privado se encuentra en áreas urbanas, mientras que los servicios para las poblaciones rurales siguen siendo inaccesibles, limitados y / o de baja calidad.

Figura 21. Cobertura de salud y acceso a la atención de salud en las zonas rurales y urbanas de Zambia, 2015



Fuente: estimaciones de la OIT, 2015.

Dado que la brecha urbana / rural para la cobertura legal es relativamente pequeña en Zambia pero que la cobertura es muy baja, el principal desafío será abordar el gran déficit nacional en cobertura sin introducir inequidad. Por otro lado, para el déficit de acceso del personal, el déficit financiero y la mortalidad materna, ya existe una brecha urbana / rural significativa, por lo que la política debe centrarse en cerrar esta brecha y mejorar los niveles generales de cobertura. El bajo nivel de POO en las zonas rurales es indicativo del éxito de la política de abolir las tarifas a los usuarios en las zonas rurales (Masiye et al., 2008), pero en el contexto de los bajos niveles de gasto en salud, es aún más indicativo de una falta de la provisión de atención médica en las zonas rurales, es decir, no hay servicios para que la gente rural gaste dinero.

4) **Políticas para terminar con la división rural / urbana:** **extender la protección de la salud a todos y enfocarse en los** **determinantes sociales de las inequidades**

Los resultados anteriores sugieren que el lugar de residencia determina en gran medida la cobertura y el acceso a la atención médica. La división rural / urbana es una característica constante en todo el mundo, que existe en todas las regiones y en todos los países. Actualmente, el lugar de residencia puede considerarse como una puerta de entrada o una barrera clave para acceder a una mejor protección de la salud. Las causas fundamentales van desde la falta de derechos hasta los graves déficits en la prestación de servicios, así como la pobreza, las oportunidades desiguales de empleo y la exclusión social. Poner fin al dualismo rural / urbano requiere esfuerzos para construir estructuras más adecuadas que se basen en un concepto de sociedades inclusivas donde todos puedan recibir igualmente una atención de calidad cuando lo necesiten.

Dicho concepto debe apuntar a extender la cobertura de salud y el acceso a todos, así como a abordar los determinantes sociales y las causas principales de las inequidades que afectan las brechas de acceso, como la pobreza, la discriminación, el desempleo y el trabajo en la economía informal. Debe reconocer que el derecho a la salud y la protección social es una herramienta clave para prevenir y reducir las desigualdades y, al mismo tiempo, ayudar a apoyar una transición hacia economías más sostenibles. La priorización de tales políticas apoyará la inclusión social y reducirá las divergencias dentro y entre las regiones rurales y urbanas.

Las políticas más importantes en este contexto son el establecimiento y desarrollo de sistemas nacionales de protección social y, en particular, pisos de protección social que incorporan estrategias para extender la protección de la salud a las poblaciones rurales, guiados por las normas de seguridad social de la OIT, en particular la Seguridad Social de la OIT (Normas mínimas) Convenio de 1952 (núm. 102) y la Recomendación núm. 202 sobre los pisos nacionales de protección social.

Si bien no es posible delinear enfoques de políticas específicos que se apliquen a todos los países, los objetivos generales y algunos principios clave deberían aplicarse en todas las políticas que permitan acelerar el progreso hacia una mayor y mejor protección de la salud de las poblaciones rurales y eliminar las desigualdades.

4.1. Objetivos y principios clave: eliminar las principales causas de inequidades

La puesta en práctica del derecho humano a la salud y la seguridad social, como se reafirmó en la **Recomendación núm. 202 de la OIT, requiere un enfoque caracterizado por universalidad eso no limita la cobertura a** grupos objetivo específicos, grupos socioeconómicos o grupos definidos por lugar de vida, edad, género u origen étnico. Es importante apuntar a la inclusión en la formulación de la legislación nacional, así como a su implementación y cumplimiento.

Así, **protección universal de la salud debe ser el objetivo político clave cuando se trata de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica. Debería ser anclado en la legislación e implementado de acuerdo con plazos fijos para la realización** progresiva de la cobertura y el acceso a la atención médica en las zonas rurales. Esto también incluye que los derechos a beneficios, como servicios de atención de calidad, atención preventiva, atención materna, medicamentos y otros, están prescritos por ley y cumplen al menos con los estándares mínimos de atención adecuada y esencial.

El subyacente **principio de acceso equitativo requiere no discriminación, incluso por lugar de vida y cumplir con los** requisitos básicos, como la igualdad de género y la capacidad de respuesta

a necesidades específicas como las de la población rural. También requiere respeto por todas las personas y un reconocimiento de su dignidad humana. Además, la equidad requiere que la legislación no favorezca implícita o explícitamente a los residentes urbanos sobre los rurales. Donde exista tal discriminación, debería eliminarse progresivamente, con miras a lograr la equidad en la cobertura y el acceso.

La universalidad y la equidad también requieren solidaridad en financiamiento y equidad en la distribución de la carga para la protección de la salud. Esto implica una agrupación de riesgos basada en mecanismos de financiación como la financiación de impuestos y el seguro social o nacional de salud basado en contribuciones. Por lo tanto, se pueden elegir varios mecanismos de financiación, en particular para llegar e incluir mejor a aquellos que viven en zonas rurales. Particularmente importante para las poblaciones rurales es considerar una diversidad de métodos y enfoques, tales como servicios de salud nacionales, esquemas de seguro nacionales o mecanismos de protección mixtos que se complementan entre sí, por ejemplo, esquemas de seguro con subsidios fiscales para cubrir las contribuciones de los vulnerables.

Además, es vital para evitar dificultades financieras o un mayor riesgo de pobreza para quienes necesitan atención médica. Esto podría ocurrir si los paquetes de beneficios son demasiado limitados o si la POO no es asequible, particularmente en el caso de enfermedades graves o crónicas. Por lo tanto, las consecuencias financieras de acceder a la atención médica deben considerarse cuidadosamente para evitar barreras y, por lo tanto, inequidades.

Finalmente, es imperativo asegurar que durante la enfermedad **la generación de ingresos es suficiente o el apoyo a los ingresos está disponible** para abordar las peores formas de empobrecimiento relacionado con la salud debido a la pérdida de ingresos o trabajo. Esto implica **cobertura y acceso a beneficios de protección social**

tales como licencia por enfermedad remunerada, planes de pensiones o desempleo u otro tipo de apoyo a los ingresos a través de programas de asistencia social. Tal apoyo a los ingresos es necesario para abordar el problema de la evasión, donde aquellos que necesitan atención no la buscan porque no es asequible.

4.2. Una agenda compartida para el futuro: abordar las desigualdades en un enfoque multisectorial coherente

De los 5.98 billones de personas del mundo en desarrollo, casi 3.4 billones viven en áreas rurales. Se estima que este número aumentará durante esta década, alcanzará su pico en la década de 2020 y disminuirá a 3.200 millones en 2050 (División de Población de las Naciones Unidas, 2014). La tendencia mundial está determinada por el crecimiento de la población rural en Asia y África, donde casi 90 por ciento de la población rural mundial vive. India (857 millones) y China (635 millones) solo representan el 45 por ciento. Otros tres países asiáticos, Bangladesh, Indonesia y Pakistán, también tienen más de 100 millones de personas que viven en zonas rurales. En África, se encuentran grandes poblaciones rurales, particularmente en Nigeria (95 millones) y Etiopía (78 millones). Y si bien la cantidad de personas que viven en áreas rurales disminuirá en India y China, los de los países africanos aumentarán significativamente hasta 2050: en 50 millones en Nigeria, 39 millones en Etiopía y 38 millones en Uganda (ibid.). Por lo tanto, se espera que el mayor aumento en las poblaciones rurales tenga lugar en países que ya tienen los mayores déficits de acceso a la salud.

En este contexto, las políticas exitosas hacia la protección universal de la salud deben considerar específicamente las barreras de acceso para las poblaciones rurales en todas las dimensiones de la cobertura, ya sea legislación, financiamiento y financiamiento o hacer que la atención médica esté disponible y sea asequible. Además, las especificidades rurales deben tenerse en cuenta a la hora de aplicar la legislación.

4.2.1 Considerando la vida rural y las características laborales

Alrededor del 70 por ciento de los 1.400 millones de personas extremadamente pobres del mundo en desarrollo viven actualmente en zonas rurales (FIDA, 2011). En otras palabras, **las altas tasas de pobreza están vinculadas a altos porcentajes de personas que viven en zonas rurales** en comparación con las zonas urbanas.

La mayoría de los habitantes rurales de los países en desarrollo dependen de la agricultura para su subsistencia y la agricultura de subsistencia es común. Sin embargo, la población rural también participa en **mercados laborales rurales** que a menudo se caracterizan por **informalidad del trabajo, desempleo y desafíos importantes en relación con el trabajo decente**. Por ejemplo, entre la población rural pobre de la India, el trabajo asalariado informal es el grupo ocupacional individual más grande (OIT, 2008). Esta forma de trabajo es inestable, ya que los salarios se pagan por tareas o por partes y, como resultado, los trabajadores son muy vulnerables tanto a los riesgos asociados con la agricultura (por ejemplo, riesgos naturales como las sequías) como a las variaciones estacionales en las oportunidades de empleo. La situación se ve agravada por el hecho de que la cobertura de protección social administrada por el estado a menudo se centra solo en los sectores organizados de empleo público e industrial, dejando a la gran mayoría de las poblaciones rurales que operan en la economía informal sin ningún medio de apoyo a los ingresos (OIT, 2011a)

los **salario de las poblaciones rurales empleadas son con frecuencia bajas y el trabajo, a menudo físicamente exigente, ofrece** pocas oportunidades para invertir en el desarrollo de habilidades y la creación de activos para generar mayores ingresos. La pobreza persistente y las oportunidades de empleo limitadas para trabajos decentes también son importantes "factores de impulso" que son responsables de la migración de los habitantes de zonas rurales a los barrios marginales urbanos (OIT, 2008).

Pequeños agricultores por cuenta propia en los países en desarrollo también enfrentan obstáculos en **generación de ingreso**. Las cadenas de valor locales tienen altos costos de transacción y se ven obstaculizadas por una infraestructura inadecuada, largas distancias y acceso restringido a servicios financieros y comerciales. Como resultado, es difícil para estos productores convertirse en proveedores de empresas más grandes, competir en cadenas de valor globales e ingresar a mercados de mayor valor. Debido a su tamaño y falta de organización en cooperativas u otras organizaciones de productores, las pequeñas empresas en las zonas rurales tampoco tienen suficiente poder de negociación para mejorar su situación (OIT, 2011a).

Además de la exclusión económica y la falta de oportunidades económicas, las poblaciones rurales permanecen en gran **medida excluidos de los procesos participativos dentro de la sociedad en general en la que viven**. Donde no hay representación política, la legislación y los patrones de asignación de recursos relacionados tienden a favorecer las áreas urbanas, particularmente para los servicios públicos, incluidos la educación y la salud. Este "sesgo urbano" se ve impulsado por grupos de interés más acomodados en las ciudades que pueden presionar al gobierno para que gaste dinero en los servicios que desean, mientras que los pobres en las zonas rurales sufren una inversión insuficiente.

La exclusión social y la falta de acceso a los servicios son más severas para aquellos que están en mayor riesgo de pobreza. Dentro de las poblaciones rurales, estos son particularmente **mujeres, ancianos, grupos minoritarios y migrantes**.

Estas características requieren esfuerzos específicos para incluir a las poblaciones rurales en una protección significativa de la salud que resulte en un acceso efectivo a la atención médica cuando sea necesario. La asequibilidad, la disponibilidad y la protección financiera de la protección de la salud legalmente anclada deben estar en el centro de las políticas exitosas hacia la cobertura universal de salud.

4.2.2 Pasar de la caridad a los derechos

La evidencia sobre las desigualdades rurales / urbanas indica que en la mayoría de los países un porcentaje más alto de la población urbana disfruta de los derechos a la cobertura de protección de salud que la población rural. Como hemos visto, las cifras globales muestran que si bien el 22 por ciento de la población en las zonas urbanas carece de cobertura legal de salud, el 56 por ciento de la población rural no está afiliada a ningún plan o sistema de salud. Las brechas existentes reflejan una ausencia de legislación o legislación fragmentada que concierne a más de la mitad de la población rural mundial. Si bien algunas personas sin derechos legales a la atención médica pueden tener acceso si compran atención privada, la mayoría no puede hacerlo y, por lo tanto, no tienen derecho a los servicios de salud cuando lo necesitan.

Cuando la legislación está fragmentada, puede, por ejemplo, abarcar exclusivamente a trabajadores formales registrados y excluir a los trabajadores temporeros y migrantes, los familiares o los que trabajan en la economía informal. Además de estas brechas, y contrariamente a los principios de equidad y universalidad, las personas que viven en zonas rurales a menudo **no disfrutan *mismo* derechos y derechos como los que viven en las ciudades.**

Las razones de los bajos niveles de cobertura legal se relacionan con la ausencia o insuficiencia de legislación inclusiva. En estos casos, las organizaciones benéficas a menudo están presentes cuyo propósito es servir a la población rural, los pobres, los vulnerables o los excluidos de otra manera. Estas organizaciones benéficas son bien intencionadas y muy apreciadas, pero no pueden servir como excusa para que el gobierno ignore su responsabilidad con la población en general, brindando cobertura legal y acceso equitativo a la atención médica para todos.

Como prerrequisito para la equidad y la igualdad, un enfoque basado en los derechos es el marco más apropiado para que los países lo usen al considerar formas de reducir y eliminar la brecha urbano / rural. Esto no solo está en línea con el derecho humano a la seguridad social y la salud, sino que también se destaca en varios Convenios y Recomendaciones de la OIT, más recientemente en la Recomendación núm. 202 que insiste en enfoques basados en los derechos para la seguridad social y la salud, incluida la provisión de garantías básicas para todos, independientemente de dónde vivan. Por lo tanto, la Recomendación núm. 202 requiere que se aborden las desigualdades tanto dentro como dentro de los países.

Abordar las brechas en los derechos requiere un enfoque en al menos las garantías básicas para los servicios de salud prestados bajo el techo de la protección universal de la salud. La legislación debe especificar claramente el rango, las condiciones de calificación y los niveles de beneficios. Además, los derechos deben revisarse de forma regular y transparente, de modo que quienes toman las decisiones puedan ser responsables.

Finalmente, la legislación debe implementarse con miras a lograr un acceso equitativo a la atención de salud para todos. La implementación deficiente de la legislación es una preocupación clave para las poblaciones rurales: la falta de infraestructura, la falta de trabajadores de la salud o los altos copagos se encuentran entre las principales razones del acceso deficiente. Otros problemas se relacionan con la creación de enfoques que coincidan con las especificidades de las poblaciones rurales, incluido el estado personal y laboral, o el analfabetismo con su falta de conciencia de los derechos.

4.2.3 Desarrollar espacio fiscal y asignar recursos a la protección de la salud rural.

El análisis en la sección 3 reveló que en muchos países el gasto en protección de la salud se caracteriza actualmente por la falta de fondos. Los déficits financieros se encuentran en todas las regiones y afectan principalmente a países de ingresos bajos y medianos bajos, con áreas rurales más

preocupado que urbano. El déficit genera una brecha en la cobertura de hasta el 63% de la población rural mundial. Esta brecha es dos veces mayor que la brecha urbana, que afecta al 33 por ciento de la población mundial que vive en áreas urbanas. Por lo tanto, generar fondos suficientes para la protección de la salud que se compartan por igual entre las poblaciones rurales y urbanas es un tema importante.

Al desarrollar el espacio fiscal necesario, se debe considerar que la protección de la salud es una inversión en los recursos humanos de los países y puede generar importantes beneficios sociales y económicos en términos de productividad, crecimiento económico y riqueza, debido a sus impactos en el estado de salud del país, población, incluyendo tasas de mortalidad, absentismo y otros problemas. Además, dado que también hay ahorros indirectos a través de la reducción de la pobreza relacionada con la salud, los fondos para el alivio de la pobreza también son apropiados.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, los ingresos internos para la protección de la salud pueden generarse a través de ambos

- mecanismos específicos de financiamiento de la salud; y
- fondos de presupuestos gubernamentales que están relacionados con el desarrollo económico o políticas de desarrollo más amplias.

Los mecanismos de financiación de la salud más utilizados para generar ingresos internos incluyen impuestos y pagos de contribuciones relacionadas con los ingresos para seguros nacionales o sociales. Al aplicar tales mecanismos, deben tenerse en cuenta los impactos potencialmente negativos para la población rural. Estos incluyen el uso de impuestos al valor agregado que, dados los patrones de consumo, representan una carga más pesada para las poblaciones pobres y de bajos ingresos que se encuentran con mayor frecuencia en las zonas rurales. Con respecto a la generación de ingresos basada en seguros, el enlace al trabajo formal y los contratos de trabajo relacionados que están menos disponibles en los entornos informales que se encuentran en las economías rurales será motivo de preocupación. Por lo tanto, podría considerarse abordar esta cuestión mediante subsidios de contribución.

Desafortunadamente, los OOP también se usan a menudo como un mecanismo de financiamiento a pesar del impacto negativo en la accesibilidad a la atención médica y su impacto regresivo en los ingresos, contribuyendo así a las inequidades. Por lo tanto, bajo ninguna circunstancia se debe considerar la OOP como las tarifas de usuario y los copagos para el espacio fiscal.

Lo más relevante para el desarrollo del espacio fiscal son la eficiencia y la eficacia de los servicios nacionales de salud, así como los esquemas de seguro social y nacional de salud. Con frecuencia, los problemas se relacionan con:

- altos costos administrativos;
- largos procedimientos administrativos;
- asignación ineficiente y / o desigual de fondos a centros urbanos;
- fraude o pérdida de fondos.

La Organización Mundial de la Salud estima que el desperdicio de fondos de atención de salud representa del 20 al 40 por ciento del gasto mundial en salud (OMS, 2010) y puede ser significativamente mayor en países específicos. Esto equivale a US \$ 300 mil millones que desaparece en corrupción o por error. Además, observó que se desperdician grandes cantidades de dinero al no mantener adecuadamente el equipo. También se pueden lograr ahorros de eficiencia comprando medicamentos, equipos médicos y otros artículos a precios competitivos. En consecuencia, existe un gran potencial para movilizar fondos nacionales y, por lo tanto, espacio fiscal en las zonas rurales y urbanas a través de una mayor eficiencia y eficacia dentro del sector de la salud.

Dados los retornos de la protección de la salud en términos de crecimiento económico y riqueza, debe considerarse la reasignación de los ingresos nacionales de los fondos nacionales que están previstos para alcanzar objetivos relacionados, como los fondos de los presupuestos gubernamentales relacionados con el desarrollo económico o la agenda de desarrollo más amplia. También se debe considerar la creación o habilitación de marcos macroeconómicos que permitan un mayor espacio fiscal, por ejemplo, con respecto al aumento de los préstamos de fuentes nacionales o internacionales y la reducción de la deuda.

Además de estas opciones, se puede desarrollar espacio fiscal mediante una mayor ayuda internacional. Sin embargo, esto no puede verse como sostenible y no debe considerarse una solución a largo plazo.

Los fondos adicionales reunidos del mayor espacio fiscal deben asignarse con el fin de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica y la protección de la salud para toda la población. Esto incluye la asignación de recursos que garantiza que los fondos no fluyan solo a los costos de personal e infraestructura (que tienden a beneficiar las áreas urbanas). Tanto las asignaciones financieras como otros recursos, como edificios, camas y personal, deben reflejar la población y la carga de morbilidad de las diversas áreas del país.

La compra estratégica puede garantizar que los recursos se utilicen de manera rentable para proporcionar al menos servicios esenciales que reflejen las necesidades locales. La compra pasiva, sin supervisión de si los servicios son apropiados, tiende a favorecer las áreas donde la utilización es alta, lo que nuevamente puede sesgar el gasto público hacia las áreas urbanas. Una herramienta eficiente dentro de un enfoque de compra estratégico es la financiación basada en el rendimiento, que puede incentivar tipos específicos de servicio, así como su calidad. En algunos países, se han realizado pagos más altos dentro de los esquemas a áreas remotas, reconociendo que llegar a esas poblaciones puede requerir más esfuerzo por parte de los proveedores. Por ejemplo, la República Democrática del Congo asigna 15% (Witter et al., 2013) pagos de capitación más altos a las provincias más remotas, mientras que Burundi asigna pagos de capitación un 40 por ciento más altos a esas áreas (Montagu, 2002). Las asociaciones públicas / privadas y las franquicias sociales también pueden ampliar la gama de servicios en áreas rurales a un costo aceptable en algunas circunstancias, y se han utilizado ampliamente para servicios de planificación familiar.

4.2.4 Hacer que la atención médica de calidad esté igualmente disponible en las zonas rurales

La disponibilidad de atención médica de calidad requiere que todos puedan acceder a servicios de salud adecuados, o al menos esenciales, medicamentos de calidad y otros suministros en todas las áreas de un país. Como se ha demostrado en la sección 3, en muchos países existen desigualdades en la disponibilidad de atención médica en las zonas rurales en comparación con las urbanas, aunque en un grado diferente y debido a una variedad de disfunciones en los sistemas de salud. Algunos patrones generales que resultan en inequidades que se observan con frecuencia incluyen:

- **Un escasez general de trabajadores de la salud eso equivale a siete millones de doctores, enfermeras y parteras adicionales en las áreas rurales del déficit global de**
Se necesitan 10,3 millones para proporcionar servicios de calidad universal (OIT, 2014a). La demanda de trabajadores de la salud supera en gran medida la oferta. Algunos optan por trabajar en áreas urbanas dada la falta de condiciones de trabajo decentes e incentivos para que profesionales de la salud calificados vivan y trabajen en áreas rurales. Además, la falta de oportunidades para el ascenso o promoción profesional a nivel local o para combinar la práctica pública y privada, sentimientos de aislamiento profesional y / o personal, la necesidad de trabajar en múltiples trabajos para compensar los bajos salarios, y no tener fácil acceso al equipo necesario. Son todos los factores que han llevado a mayores niveles de desgaste voluntario (incluida la "fuga de cerebros") entre los trabajadores de la salud rural.

La situación se ve agravada por las políticas de admisión al mercado laboral y a las instituciones educativas que favorecen a la élite urbana, brindan más oportunidades de trabajo en las zonas urbanas y hacen que la mayoría de los graduados sean habitantes urbanos que tienen menos probabilidades de elegir el desafío de vivir y trabajar en las zonas rurales. Además, la educación que se ofrece con frecuencia no desarrolla las habilidades necesarias para trabajar en entornos rurales. Por ejemplo, las escuelas de enfermería tienden a no capacitar a las enfermeras para realizar tareas o procedimientos que tradicionalmente han estado dentro del ámbito de los médicos. Sin embargo, si una enfermera es el único miembro del personal en una comunidad rural, es posible que necesite tener estas habilidades (y estar autorizado para usarlas) en ausencia de un médico. Por lo tanto, puede ser necesario crear un nuevo cuadro de profesionales de la salud capacitados en estas habilidades adicionales.

- ***Mala infraestructura de salud y transporte rural*** lo que lleva a los habitantes de zonas rurales a encontrar dificultades para asistir a los centros de salud y a los profesionales de la salud que eligen no vivir y trabajar en las zonas rurales. Aquellos con socios y familias pueden ser particularmente reacios a vivir donde perciben que las oportunidades educativas y de empleo para sus familias son pobres.
- ***Distribución injusta del gasto en salud.*** resultando en un menor gasto per cápita en áreas rurales que en áreas urbanas, ***y sistemas de gestión financiera*** que restringen la priorización local de dicho gasto.
- ***Mayores niveles de ineficacia en áreas rurales.*** Esto se debe a varias causas, incluida la falta de información de gestión sobre el número y la ubicación de los trabajadores de salud existentes, lo que hace que sea muy difícil para los planificadores desplegar recursos humanos donde más se necesitan. Además, la distribución deficiente de los sistemas de existencias de medicamentos y suministros esenciales puede generar lagunas en los suministros de existencias en áreas remotas. La ineficiencia también puede ocurrir si los profesionales de la salud calificados tienen que dedicar tiempo a tareas no clínicas como la limpieza, la administración y la educación sanitaria debido a la ausencia de otro personal para asumir estos roles. Finalmente, las ineficiencias que afectan más a las instalaciones de salud rurales que a las urbanas incluyen la falta de mecanismos de derivación, por ejemplo, si se necesita atención especializada pero se encuentran dificultades para transportar pacientes.
- ***Política de salud centrada principalmente en el sector público,*** en lugar de intentar integrar mejor los sectores público y privado.

En este contexto, las políticas deben centrarse especialmente en ***aumentar el número de trabajadores de salud calificados*** y distribuirlos de manera equitativa dentro de los países donde se necesitan con urgencia. Esto requiere la consideración de la dinámica del mercado laboral de salud nacional y global y un enfoque particular en las bajas tasas de retención en las zonas rurales. Para satisfacer las necesidades (futuras) y garantizar la accesibilidad de los servicios de atención médica en las zonas rurales, es crucial capacitar, emplear, remunerar y motivar a una fuerza laboral de salud rural que sea lo suficientemente grande y capacitada para brindar atención médica de calidad a todos los necesitados.

Las políticas relacionadas a menudo dependen de la migración y el reclutamiento de trabajadores de la salud de otros países. Sin embargo, esto no puede considerarse una opción satisfactoria, dados los grandes vacíos que se deben llenar. Más prometedoras son las políticas centradas en el desarrollo de la fuerza laboral de salud en cada país con miras a capacitar y emplear a más trabajadores de la salud.

En muchos países, la escasez de trabajadores sanitarios rurales es más grave para los médicos que para otros cuadros, como enfermeras y parteras. Si está capacitando a más médicos para trabajar

las zonas rurales no son una opción o es poco probable que sean efectivas, los países podrían considerar el "cambio de tareas", es decir, cambiar el alcance de la práctica de otros cuadros de trabajadores de la salud en las zonas rurales. Por ejemplo, se podría autorizar a las enfermeras o parteras a recetar ciertos tipos de medicamentos y realizar ciertos tipos de procedimientos médicos que normalmente realizan los médicos. Esto requiere capacitación, como se discutió anteriormente.

Los trabajadores de la salud en las zonas rurales deberían recibir oportunidades de trabajo y condiciones de trabajo decentes, incluidos salarios e incentivos adecuados para trabajar en estas áreas. Las malas condiciones de trabajo conducen a dificultades para atraer y retener trabajadores de alta calidad y, por lo tanto, a una escasa disponibilidad de atención médica. Los entornos de trabajo deficientes también pueden llevar a limitaciones en la calidad de la atención que los trabajadores de salud pueden proporcionar, incluso si tienen los conocimientos y habilidades necesarios, por ejemplo, si el suministro de agua o electricidad no es confiable.

Poder trabajar de manera efectiva y segura es un motivador importante para los trabajadores de la salud y aumenta la retención (Henderson y Tulloch, 2008). Aunque las condiciones de trabajo suelen ser más desfavorables en las zonas rurales, esto puede abordarse realizando encuestas en las instalaciones y priorizando la inversión en infraestructura, equipos y suministros a los niveles y áreas que no cumplen con las normas.

Dada la alta proporción de mujeres en la fuerza laboral de salud, las intervenciones sensibles al género son particularmente relevantes en las áreas rurales. Estos pueden incluir arreglos específicos de tiempo de trabajo, como trabajo a tiempo parcial y licencia especial en caso de emergencias familiares. El Convenio sobre el personal de enfermería de la OIT, 1977 (núm. 149) y su correspondiente Recomendación (núm.

157) establezca cómo los países deben abordar cuestiones como:

- remuneración de las enfermeras, condiciones de trabajo, perspectivas de carrera, educación y formación;
- normas de seguridad y salud ocupacional;
- La participación del personal de enfermería en la planificación de los servicios de salud.

El desarrollo de la fuerza laboral de salud rural y su distribución equitativa en las áreas rurales deben ir de la mano con mejoras en **Infraestructura rural**. Esto se refiere particularmente al acceso geográfico a las instalaciones de salud en las zonas rurales, lo que puede ser difícil debido a la ausencia de carreteras o transporte. Debe reconocerse que garantizar un número suficiente de establecimientos de salud bien equipados,

transporte infraestructura y adecuada

El alojamiento para los trabajadores de la salud es un ingrediente crucial para el acceso a la atención médica en las zonas rurales.

Abordar las desigualdades de la población rural en comparación con la población urbana requiere particularmente una *reforma de distribución de fondos*, particularmente asignando recursos de acuerdo a las necesidades. Esto podría incluir reconocer que puede ser más costoso brindar servicios en áreas remotas y rurales a pesar de la menor densidad de población.

Satisfacer las necesidades de salud rural no se trata solo del volumen y la asignación de fondos, sino que también se relaciona con el **eficiencia de gestión financiera pública**, por ejemplo, la capacidad de entregar recursos de manera confiable, regular y con suficiente flexibilidad para que las instalaciones locales puedan gastar en sus prioridades. Mejorar los sistemas financieros públicos puede ser especialmente importante para las instalaciones primarias y rurales, que tienen menos capacidad de generar fondos de otras fuentes. Kenia, por ejemplo, ha experimentado con el financiamiento directo de las instalaciones para garantizar que los fondos lleguen a los proveedores de primera línea, y los estudios sugieren que aumentos relativamente pequeños en la financiación pueden afectar significativamente el rendimiento de una instalación de salud cuando los fondos se administran en la periferia (Opwora et al. , 2010).

El aumento de la eficiencia en entornos rurales también incluye el uso de TI para la protección de la salud y los servicios de salud para mejorar el potencial de acceso a la atención médica. Esto se puede lograr

a través de tarjetas de identificación para el registro en planes de seguros, consultas remotas, servicios de diagnóstico, gestión de existencias y sistemas de información para administradores.

La inversión y otras políticas en los sistemas de salud a menudo se centran en el sector público sin *coordinando con el sector privado* eso proporciona una proporción grande y creciente de atención médica, incluso en áreas rurales. Sin embargo, en países con un sistema de salud del sector público débil y / o un sector de salud privado relativamente fuerte, es poco probable que las políticas que apuntan a mejorar los resultados de salud logren un éxito generalizado y sostenible si se centran únicamente en el sector público. Por lo tanto, cuando se trata de abordar las desigualdades rurales, es de suma importancia adoptar un enfoque más integrado, particularmente para abordar los desequilibrios de ambos sectores. Por ejemplo, Sudáfrica (como muchos otros países) tiene un gran desequilibrio entre los sectores de la salud pública y privada, y la mayoría del gasto total en salud va al sector privado, aunque solo una minoría de la población (principalmente urbana relativamente rica los habitantes) pueden acceder a la atención del sector privado (Van Rensburg, 2014).

Además, las políticas que incluyen tanto al sector público como al privado también pueden ayudar a abordar los problemas que surgen debido a la "sobrecomercialización" que se ha observado en muchos países de bajos y medianos ingresos donde la falta de recursos del sistema de salud pública condujo al crecimiento de un mercado de atención médica de "pago por servicio" que tiene poca o ninguna regulación o protección al consumidor, y bajo el cual es común que los empleados del sector público tengan una práctica privada y / o cobren usuarios de servicios con pagos "bajo el mostrador" (OMS, 2008). Tal sistema tiene implicaciones tanto para la disponibilidad como para la calidad de la atención médica, y se ha encontrado que erosiona la confianza pública en los proveedores de atención médica.

4.2.5 Garantizar la asequibilidad de la atención y la protección financiera.

Los déficits en la asequibilidad de la atención y la protección financiera a menudo se deben a lagunas en la cobertura legal, incluidos los problemas de elegibilidad y las limitaciones en los paquetes de beneficios o paquetes que implican altos copagos. Estos factores resultan en una POO potencialmente empobrecedora y sus barreras de acceso relacionadas a la atención médica. Abordar estos problemas a través de políticas adecuadas requiere:

- **Desarrollar legislación inclusiva que cierra las brechas debido a la falta de cobertura o fragmentada.** Es probable que la implementación completa de dicha legislación reduzca significativamente las desigualdades geográficas en la POO. Esto podría incluir repensar los mecanismos de financiación de la salud, por ejemplo, la provisión de subsidios a la población rural si se producen brechas en la cobertura debido a los planes de seguro basados en el empleo.

En el pasado, el seguro de salud basado en la comunidad (CBHI) y el microseguro de salud también se han promovido como mecanismos para inscribir a la fuerza laboral informal, particularmente en las zonas rurales. Sin embargo, si bien estos esquemas tienen el potencial de mejoras a nivel local y la distribución de costos a lo largo del tiempo, tienden a sufrir una selección adversa ya que la membresía es voluntaria, lo que conlleva riesgos financieros. Además, llegar a los más pobres y aumentar su escala ha resultado ser un desafío.

- **Abordar las restricciones sobre los paquetes de beneficios o la participación de OOP alto en la obtención de beneficios** a través de la legislación y garantizar que dicha legislación se implemente en consecuencia, por ejemplo, minimizando la POO y desarrollando paquetes de beneficios que satisfagan al menos las necesidades esenciales.

Además, debería haber *protección contra pérdida de ganancias* debido a problemas de salud, por lo que las personas pueden tomarse un tiempo libre del trabajo cuando no están bien. La investigación ha encontrado que la provisión de licencia por enfermedad remunerada se autofinancia a largo plazo, porque reduce la propagación de enfermedades transmisibles y maximiza la productividad de quienes trabajan (ScheilAdlung et al., 2010).

Otras razones para la falta de asequibilidad y protección financiera a menudo incluyen el *patrones de distribución de recursos dentro de los sistemas de salud, que comúnmente favorecen las instalaciones de nivel superior a las primarias, y las áreas urbanas a las rurales*. Si, por ejemplo, los suministros no llegan a las instalaciones rurales, entonces los hogares pueden verse obligados a comprar medicamentos en el mercado abierto, generando una alta POO. Del mismo modo, los costos de acceso a menudo son más altos cuando la red de instalaciones se distribuye de manera más delgada, como suele ser el caso en las zonas rurales. Además de *garantizar que las zonas rurales no se vean desfavorecidas en términos de financiación de los sistemas de atención de salud, asignación de recursos basada en necesidades* puede garantizar que los fondos no fluyan solo de acuerdo con el personal y la infraestructura, lo que, como se indicó anteriormente, tiende a beneficiar las áreas urbanas. Tanto la financiación como otros recursos, como edificios, camas y personal, deben reflejar la población y la carga de morbilidad de diferentes áreas.

También, *compra estratégica* puede garantizar que los recursos se utilicen para proporcionar servicios esenciales que reflejen las necesidades locales y que también sean rentables.

además, el *diseño de esquemas* Es posible que deba adaptarse para cumplir diferentes condiciones en las zonas rurales. Para el esquema de vales de maternidad segura en Kenia, por ejemplo, se tuvo que desarrollar una gama de estrategias de comercialización: lo que funcionaba en las zonas rurales era diferente de lo que funcionaba en las zonas urbanas (Bellows et al., 2011).

Otros mecanismos con potencial para proporcionar protección financiera en áreas rurales incluyen *financiamiento del lado de la demanda* donde los recursos se transfieren a los hogares, a veces con la condición de que utilicen servicios específicos (OIT, 2014a). Estos pueden enfocarse en áreas rurales, como el esquema de transferencia de efectivo en Bolivia que está disponible para todos los hogares en 70 distritos rurales con una mujer embarazada o un niño pequeño, condicionado al uso de servicios preventivos (Witter, 2012). Algunos esquemas de transferencias monetarias condicionadas ahora son a gran escala, tanto en términos de hogares cubiertos como del tamaño de los recursos transferidos. El esquema PROGRESA en México, por ejemplo, cubre el 40 por ciento de los hogares rurales y se estima que proporciona un promedio del 20 por ciento del consumo de los hogares receptores (Gwatkin et al., 2004; OIT, 2014a).

4.2.6. Abordar los determinantes sociales de las inequidades: políticas de protección social

Las políticas mencionadas se centran principalmente en las herramientas disponibles en el sector de la salud. Deben complementarse con políticas socioeconómicas y del mercado laboral que tengan como objetivo abordar las **desigualdades en un marco más amplio para coordinar políticas sanitarias, sociales y de desarrollo con miras a aliviar la pobreza y lograr la protección social universal, incluida la protección de la salud.**

Evidencia internacional sobre Protección social Los beneficios en efectivo y las transferencias como la asistencia social, las pensiones de vejez, las prestaciones por hijos y las prestaciones por desempleo han demostrado su impacto no solo en la pobreza a corto plazo, sino también en la acumulación de capital humano a mediano plazo (OIT, 2014a). También pueden reducir la necesidad de vender activos y otros

estrategias de afrontamiento negativas al acceder a la atención médica, que tienen importantes consecuencias a largo plazo para los hogares beneficiarios (DFID, 2011).

Abordar las desigualdades de ingresos en las zonas rurales reduce las barreras financieras para acceder a la atención médica al aumentar la capacidad de los hogares para pagar los servicios de atención médica. Programas de desarrollo rural. y cualquier intervención que aumente los activos de subsistencia de los hogares y la comunidad (financieros, naturales, sociales, etc.) y las dotaciones pueden mejorar el poder adquisitivo. Los programas de desarrollo pueden incluir inversiones en sistemas de educación rural para desarrollar el capital humano, así como para mejorar la infraestructura de transporte que no solo apoya los medios de vida y los mercados locales, sino que también reduce los costos de acceso a la salud. Entre las estrategias para el desarrollo rural se encuentran las siguientes (OIT, 2011b):

- Establecer el desarrollo rural basado en los recursos humanos en el centro de las estrategias de desarrollo nacionales e internacionales. El crecimiento económico y la arquitectura del desarrollo deben adoptar el desarrollo rural como un pilar central.
- Promover el desarrollo rural basado en los recursos humanos a través del fortalecimiento: (i) la "voz" de los actores rurales para que puedan entablar un diálogo con los tomadores de decisiones clave a nivel local y nacional; y (ii) la capacidad de los actores rurales para participar en actividades de alto valor agregado y alto rendimiento.
- Lograr un equilibrio entre las actividades agrícolas y no agrícolas a través de una combinación de apoyo a la productividad agrícola y asistencia para la diversificación en actividades manufactureras y de servicios de mayor valor, como el turismo y la gestión del agua.
- Pasar de intervenciones aisladas a corto plazo a programas a más largo plazo con fuertes conexiones políticas para garantizar la sostenibilidad y la integración de los programas en las políticas nacionales convencionales.
- Centrarse en las mujeres y los jóvenes como los principales impulsores del desarrollo rural, en contextos donde su potencial sigue siendo poco apreciado, subdesarrollado y subutilizado.
- Ampliar y promover alianzas con otras agencias, ONG, donantes, centros de estudios y medios de comunicación; La amplia gama de partes interesadas refleja el tamaño y la naturaleza multifacética de las brechas de desarrollo rural.

Finalmente, implementando *políticas del mercado laboral* apoyar el desarrollo de oportunidades de empleo rural es una herramienta clave para reducir la pobreza rural. La creación de empleos decentes en las zonas rurales puede contribuir a la reducción de la pobreza, la inclusión social y el desarrollo socioeconómico sostenible. Esto requiere particularmente la transformación de los mercados laborales informales en formales, y las inversiones en las zonas rurales.

4.3 El proceso de implementación

El número de políticas necesarias para lograr la igualdad en el acceso a la atención médica para las poblaciones rurales descritas anteriormente, junto con la complejidad de la formulación de políticas, presenta un desafío importante. Por lo tanto, es importante adoptar un enfoque estructurado, transparente y basado en evidencia, pero esto en sí mismo puede ser un desafío debido a la falta de evidencia confiable sobre la cual basar las decisiones (Youngkong et al., 2009).

Sin embargo, la toma de decisiones políticas sobre una base ad hoc es probable que mantenga o exacerbe las desigualdades existentes y debe evitarse: la falta de procesos políticos estructurados, por ejemplo, aquellos relacionados con el establecimiento de prioridades y la participación de diferentes ministerios, así como representantes de empleadores. Se considera que los empleados, las ONG y otros se encuentran entre las razones por las cuales solo ha habido un progreso limitado hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Mirelman et al., 2012).

Un proceso estructurado de implementación de políticas incluye algunos pasos clave, desde la identificación de los problemas y la definición de objetivos, hasta el desarrollo y la coordinación de opciones de políticas dentro y entre sectores con miras a la coherencia de las políticas, el diálogo social y nacional, y el fortalecimiento de la capacidad de implementación, así como supervisión. Identificar los problemas y establecer los objetivos para abordarlos puede basarse en una matriz que enumere los problemas observados en un país y las diversas dimensiones de cobertura y acceso para las poblaciones rurales. En la tabla 3 se proporciona un ejemplo basado en los temas discutidos anteriormente.

Tabla 3. Identificar problemas centrales de déficit de acceso a la salud rural / urbana

Componentes del acceso efectivo afectados por el problema					
Problema	Derechos a la seguridad social y a la salud.	Disponibilidad de asistencia sanitaria	Calidad de la atención médica.	Protección financiera y asequibilidad	Supervisión resultados del sistema de salud
Problemas dentro del sector salud					
Fragmented legislation implicitly or explicitly excluding rural populations	•			•	
Lack of or poor implementation of legislation for guaranteeing access to essential health care	•	•		•	
High OOP for rural populations				•	
Overall shortage of human resources for health		•	•		
Lack of decent working conditions for rural health workers		•	•		
Poor rural health infrastructure		•	•		
Health system inefficiency including lack of evidence-based decision-making		•	•	•	
Maldistribution of health spending/poor financing mechanisms	•	•	•	•	
Lack of social/national dialogue	•	•	•	•	•
Lack of accountability	•	•	•	•	•
Issues beyond the health sector impacting on effective access					
Rural poverty	•			•	
Rural unemployment/lack of decent work in rural areas	•	•		•	
Large informal economy in rural areas	•			•	
Gaps in social protection coverage and income support		•		•	
Neglected rural development policies	•	•	•	•	
Cultural acceptance of inequality/low awareness of rights and entitlements	•				
Poor rural transport infrastructure		•	•		

Based on the results of such an analysis, policy options within and beyond the health sector addressing the issues can be developed and prioritized. Clearly stated objectives, principles and policies should be defined, such as those outlined in ILO Recommendation No. 202. These may include developing legislation, ensuring effective implementation and identifying related fiscal space for inclusive coverage, adequate labour market policies and poverty alleviation in a framework of coherent socio-economic policies. An example focusing on the policy options discussed above is provided in table 4.

Table 4. Selected policy options for reducing urban/rural health access deficits

Issue	Policy options
Lack of or poor design and implementation of legislation guaranteeing access to health care; cultural acceptance of inequality /low awareness of rights and entitlements; maldistribution of health spending	Establish basic guarantees in legislation and boost rural entitlements, subsidized health insurance or exemption from payments for rural populations
	Review existing revenue sources and if appropriate broaden revenue base and/or identify alternative health financing mechanisms
	Coordinate health financing mix to avoid fragmentation and maximize coverage Improve enforcement of tax and contribution obligations Develop health workforce and infrastructure
	Introduce decent working conditions for rural health workers including adequate wages and incentives
	Introduce or strengthen demand-side financing, e.g. conditional or unconditional cash transfers, voucher schemes
	Create specified budget lines for essential health care Broaden access to judicial system
	Review budget allocation mechanisms to ensure allocation is based on need Introduce paid sick leave
	Include private sector as well as public sector as integral to health policy, planning and regulation
	Establish or strengthen systems for monitoring quality of care at all levels, but especially primary care
	Invest in e-health/m-health technology for communications between rural health workers and other parts of the health-care system
Inefficiency of health system	Reduce need for health care, e.g. by increasing access to family planning, health education, vaccination, preventive care
	Ensure public financial management systems are able to deliver resources reliably, regularly and with flexibility to allow local priority-setting Establish or strengthen effective referral mechanisms Introduce strategic purchasing mechanisms for procurement
	Ensure political or financial decentralization of the health system
	Establish or strengthen health management information systems and build capacity to analyse and use the management information
	Establish or strengthen accountability mechanisms at all levels of the health system Establish or strengthen a national human resources for health observatory Strengthen the voice and the capacity of rural stakeholders such as workers, employers, women, civil society, etc.
Lack of evidence-based decision-making and accountability	Develop/raise national social protection floors focusing on alleviating poverty and increasing household livelihood assets in rural areas
	Include rural development as core element of national development strategy Develop enabling rural labour market policies, including incentivizing employers to offer formal rather than informal employment
	Invest in rural transport infrastructure, e.g. road building and maintenance Implement policies stimulating investments in improving agricultural productivity and assistance for diversification into manufacturing and service industries in rural areas instead of/in addition to agriculture

Following the identification of issues and the development of policy options it is important to set priorities involving ***national and social dialogue***. All interested parties must be involved in the design, implementation and periodic review to ensure that policies achieve their objectives; in the context of urban/rural equity, the local government and rural health

service providers, managers and users as well as workers and employers should be involved. In the social and national dialogue process the cross-cutting nature of the issues and policies should be reflected and policy coherence prevail.

In countries with **decentralized health protection schemes**, local government have some or all of the responsibility for health services in terms of service provision and financing. This can effectively make local government into an intermediary between service users and central government – as for example if the central government allocates a budget for health to an area, and the local government decides how to spend it. This can result in problems of accountability, since the local authority is accountable to both the central government (to account for how it spends central government funding) and the local population (to account for how well it delivers health services). Such problems are not insurmountable, but do require the different actors to engage directly with each other. Two well-known examples follow:

- In the Health Agent Programme in the state of Ceará in Brazil, the state health department set and monitored recruitment procedures for community health workers, but local authorities actually recruited the workers, which put them in the position of being accountable to both the state government and local citizens. The success of the scheme was partly attributed to the fact that the state authorities engaged directly with communities and explained what they could expect of their local authority, which empowered civil society to hold the local authorities accountable (Brinkerhoff, 2003).
- India's National Rural Health Mission (NRHM) was launched in 2005 with the aim of improving access to health care for the rural population (Government of India, 2014). One of its policy initiatives was to tackle a lack of accountability using community-based monitoring (CBM). In group discussions, members of rural communities – with a particular emphasis on women and marginalized groups – were asked to rate various elements of primary care and outreach services, with the results summarized in the form of scorecards. The scores were presented to public meetings and, where appropriate, issues were referred up to state-level officials. As one element of a larger accountability effort, CBM appeared to have been successful in making improvements to these primary care services (Kakade, 2012).

Efficient and effective implementation frequently requires **capacity building** at one or more levels of the health system. Further, **regular monitoring of all aspects and dimensions of coverage and access to health care** is a key policy tool for assessing inequities between rural and urban populations if results are to be taken into account, for example, in policy reforms. The accurate monitoring of progress towards closing urban/rural gaps will require more and better quality data than currently exist. This study has revealed that relatively few countries collect the data that would allow sub-national disaggregation, for example of the maternal mortality ratio, and even those that do collect the requisite data tend not to produce sub-national estimates. If policy is to be evidence-based and health system outcomes are to be reliably monitored, this information gap must be addressed.

Within health systems we find that in most low- and middle-income countries, health management information systems and vital registration systems are either non-existent or inadequate (HMN and WHO, 2011) due to insufficient financial and/or human resources to maintain them and/or insufficient IT infrastructure and/or poor understanding of the potential benefits. However, a lack of high-quality management information leads to decisions that are not evidence-based. In some countries, even if management data are available, they are not always used for the purposes of monitoring and informing decision-making, whether because decision-makers are not aware of the available data, or have little faith in their reliability, or are not held accountable for their decisions.

5. Conclusions

This report has provided for the first time comprehensive global evidence on the extent of inequities in rural health coverage and access compared to the coverage of urban populations. It indicates that in most countries (including high-, middle- and low-income countries):

- In many parts of the world, the global rural population is excluded from rights to health protection to a greater degree than the urban population.
- Globally and regionally, rural populations experience important inequities in access to needed health care compared to urban populations.
- In some countries rural populations are faced with extreme social exclusion from access to health care as compared to urban populations, due to the absence of financial protection and professional health staff needed to deliver quality services.
- The rural/urban inequities observed result in higher rural mortality, as indicated by higher maternal mortality in rural than in urban areas.

Given the evidence provided, this report leaves no room for doubt about the urban/rural gap in access to health care; the question is more about the size of the deficits than about whether or not they exist. Even if there is uncertainty about the exact scale of the deficits, given the scarcity of data, the evidence provided in the report suggests that building universal health coverage and providing equitable effective access for the rural population should be among the core obligations and highest priorities of governments throughout the world.

A human rights and national approach based on the concept of national social protection floors is an appropriate social protection framework for countries to use when considering ways of narrowing and eliminating the urban/rural gap. Investments in social and health protection to develop universal schemes and systems based on sustainable financing and good governance should be adequate to address inequities in access. Related reforms should not create additional inequities, for example related to older persons, women or informal workers, but should close access gaps and deficits.

Guiding principles for establishing health protection should include equity, particularly achieving equitable access to quality health care characterized by availability, affordability and financial protection and thus particularly accessible to the poor, informal workers and other vulnerable groups living in rural areas. Narrowly targeted approaches are not adequate to protect the rural population sufficiently, given the dynamic processes and constant changes observed as regards urbanization and impoverishment.

The availability of at least essential health care is dependent on having an efficient and effective health protection scheme or national health service that provides access to sufficient health facilities, health workers, drugs and supplies for the rural population. Quality services and other benefits should be adequate (or at least meeting essential needs) so as to avoid impoverishment.

An acute shortage of health workers has been identified as a key issue preventing many countries from achieving equitable access to health care for rural populations, and the data provided in this report confirm that, in many countries, there is more of a shortage in rural areas than in urban areas. Improving equity in access for rural populations involves providing decent jobs and working conditions for health workers in these areas and reviewing the distribution of funds to rural areas.

Policy options to establish and increase equitable health protection are countryspecific. Generally, they include providing universal health services through tax-funded national health services or contribution-based national or social health insurances. When setting up such schemes and services, effective consultation with and involvement of key stakeholders is important. These include government ministries, trade unions, employers, health-care providers, social insurance schemes, civil society and health service users. Dialogue with all these groups will help to ensure that those responsible for the successful implementation of the policy are supportive of it and aware of what they need to do in order to achieve it.

Addressing rural/urban inequities requires embedding health protection reforms in broader social protection and labour market reforms to ensure sustainability of progress in eliminating inequities in access to health care. Policies that focus on a single issue or that apply to a single sector are likely to have little, if any, effect on equality in health coverage and access. It is important to address the root causes of inequitable access, which cut across a number of different sectors and levels within sectors. In making labour market policy, among the priorities should be increased inclusiveness and transforming informal into formal labour markets.

Statistical annex: Deficits in universal health protection by rural/urban areas: Global, regional and country estimates, latest available year

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
Africa	74.6	60.8	83.5	...	46.0	53.0	42.2	...	80.3	69.6	86.8	...	66.9	50.0	77.1	...	47.7	28.9	54.9	...
Latin America and the Caribbean	14.5	9.8	32.6	...	34.4	39.6	9.5	...	7.4	4.4	19.5	...	14.2	11.3	23.9	...	11.2	8.0	16.0	...
North America	14.4	13.5	18.4	...	12.0	12.0	12.0	...	0.0	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...	2.0	2.0	2.0	...
Western Europe	0.4	0.4	0.4	...	13.7	13.1	15.4	...	0.0	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...	0.7	0.7	0.7	...
Central and Eastern Europe	5.6	1.7	13.6	...	32.4	40.6	15.5	...	7.3	6.8	8.5	...	0.0	0.0	0.0	...	2.3	2.3	2.3	...
Asia and the Pacific	42.2	24.5	55.8	...	46.4	46.9	45.9	...	57.3	46.7	65.6	...	44.2	33.3	52.5	...	14.6	8.4	18.0	...
Middle East	26.2	18.8	41.2	...	57.8	56.7	62.1	...	36.1	22.9	56.7	...	38.8	28.0	56.2	...	6.3	3.9	10.1	...
World	38.1	21.6	55.8	...	41.2	40.6	41.9	...	48.0	33.2	63.2	...	37.7	24.2	51.6	...	21.9	10.8	28.9	...
Africa																				
Algeria	14.8	8.9	26.5 2005	...	19.7 ...	...	...	...	23.1	...	...	...	32.5	...	...	...	9.7	...	...	...
Angola	100.0	100.0	100.0 2005	...	28.1 ...	...	...	...	43.4	...	...	...	62.0	...	...	...	45.0	...	...	...
Benin	91.0	87.2	94.0 2009	...	44.5	48.5	41.3 2003	...	91.2	90.4	91.7 2006	...	81.4	79.8	82.5	2006	35.0	32.2	37.2 2006	...
Botswana	...	...	...	...	4.4 ...	...	...	...	0.0	0.0	0.0 2010	...	32.0	...	...	...	16.0	...	...	...
Burkina Faso	99.0	99.0	99.0 2010	...	32.9	36.2	31.8 2009	...	90.1	86.1	90.9 2010	...	86.2	81.3	87.9	2010	30.0	21.4	32.6 2010	...
Burundi	71.6	67.8	72.0 2009	...	26.3	7.9	28.4 2006	...	94.5	92.0	94.7 2010	...	96.2	94.5	96.4	2010	80.0	54.9	83.5 2010	...
Cabo Verde	35.0	27.9	46.5 2010	...	21.8	31.0	6.8 2007	...	49.3	...	...	...	79.1	...	...	...	7.9	...	...	...
Cameroon	98.0 ...	...	...	2009	66.1	91.6	38.9 2007	...	90.0	86.4	92.7 2011	...	89.9	86.8	93.2	2011	69.0	50.6	94.0 2011	...
Central African Republic	94.0	94.6	93.6 2010	...	45.1 ...	...	...	...	95.7	91.1	95.9 2010	...	93.0	88.1	96.1	2010	89.0	42.9	93.4 2010	...
Chad	...	...	...	...	72.7	45.2	80.4 2003	...	95.7	88.0	97.5 2004	...	95.6	87.9	97.7	2004	110.0 39.3	...	188.2 2004	...
Comoros	95.0	94.4	95.2 2010	...	58.8 ...	...	...	...	89.7	88.4	90.2 2012	...	76.2	73.3	77.3	2012	28.0	25.0	29.3 2012	...
Congo	...	...	...	...	37.2	49.4	16.4 2005	...	75.0	73.0	78.5 2012	...	93.6	76.4	81.2	2012	56.0	51.8	65.0 2012	...
Congo, Democratic Republic (DRC)	90.0	82.1	94.0 2010	...	33.4	37.0	33.2 2004	...	95.3	94.5	96.1 2010	...	87.2	84.4	88.6 2010	...	54.0	46.2	64.4 2010	...
Côte d'Ivoire	98.8	98.6	99.0 2008	...	56.5	67.4	45.3 2008	...	88.1	82.3	90.7 2011	...	85.3	80.1	90.6	2011	40.0	27.0	51.1 2011	...

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
Djibouti	70.0	68.4	75.3	2006	41.7	53.4	2.6	1996	69.9	63.6	84.5	2006	75.9	72.0	88.9	2006	20.0	16.6	38.9	2006
Egypt	48.9	20.8	70.4	2008	59.2	74.7	47.3	2009	76.1	72.7	78.1	2008	0.0	0.0	0.0	2010	6.6	5.8	7.2	2008
Equatorial Guinea	...	...	...	...	30.5	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	86.0	...	...	...	24.0	...	...	...
Eritrea	95.0	85.7	97.5	2011	54.8	...	...	...	97.2	...	...	...	89.2	...	...	...	24.0	...	...	...
Ethiopia	95.0	94.3	95.1	2011	36.1	18.2	39.7	2004	95.4	84.1	98.9	2011	93.7	77.1	97.0	2011	35.0	6.8	72.9	2011
Gabon	42.4	40.6	53.6	2011	44.6	...	...	...	19.9	16.0	36.9	2012	0.0	0.0	0.0	2010	23.0	21.9	29.2	2012
Gambia	0.1	0.1	0.1	2011	20.4	28.8	9.4	2003	91.1	88.1	93.6	2013	78.5	72.7	86.3	2013	36.0	26.8	49.7	2013
Ghana	26.1	4.5	48.8	2010	27.7	35.3	19.8	2006	77.7	70.7	82.1	2011	74.1	67.5	81.0	2011	35.0	26.7	43.6	2011
Guinea	99.8	99.6	99.9	2010	62.6	71.4	57.9	2007	95.9	91.3	97.2	2005	97.2	94.5	98.5	2005	61.0	28.7	90.5	2005
Guinea-Bissau	98.4	...	...	2011	39.6	...	...	...	90.9	85.4	94.3	2010	83.0	73.5	90.3	2010	79.0	49.2	126.2	2010
Kenya	60.6	33.1	69.1	2009	45.8	51.6	44.0	2005	91.9	86.2	93.2	2009	77.2	61.9	81.9	2009	36.0	21.1	42.8	2009
Lesotho	82.4	58.8	91.1	2009	17.6	16.8	17.9	2002	51.5	30.4	57.8	2009	85.6	79.6	87.8	2009	62.0	43.2	71.3	2009
Liberia	...	...	...	...	24.6	29.1	20.4	2007	81.1	67.9	86.9	2007	94.0	90.8	96.9	2007	77.0	45.3	110.7	2007
Libyan Arab Jamahiriya	0.0	0.0	0.0	2004	30.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	5.8	...	...	...
Madagascar	96.3	93.8	97.5	2009	43.3	31.7	48.7	2005	94.4	89.6	95.0	2009	90.4	84.0	93.4	2009	24.0	12.9	26.8	2009
Malawi	...	...	...	...	14.0	4.5	15.7	2011	88.9	86.9	89.2	2010	92.2	90.8	92.5	2010	46.0	39.1	47.5	2010
Mali	98.1	97.6	98.4	2008	58.9	62.6	56.9	2006	91.5	86.5	92.6	2013	86.9	80.7	90.2	2013	54.0	34.0	62.0	2013
Mauritania	94.0	89.4	97.2	2009	33.2	30.8	34.9	2004	84.9	76.2	89.7	2007	82.4	72.6	88.4	2007	51.0	32.3	74.5	2007
Mauritius	0.0	0.0	0.0	2010	45.6	78.6	21.8	2007	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	6.0	...	...	...
Morocco	57.7	42.3	76.5	2007	57.2	81.5	25.4	2000	67.3	61.6	82.2	2004	62.3	52.3	74.6	2004	10.0	8.5	18.4	2004
Mozambique	96.0	93.5	97.1	2011	5.7	7.9	5.6	2008	86.6	80.2	89.1	2011	92.6	89.2	94.1	2011	49.0	33.1	60.1	2011
Namibia	72.0	49.2	85.9	2007	7.7	3.5	10.2	2009	0.0	0.0	0.0	2010	29.7	18.2	35.9	2007	20.0	17.3	22.5	2007
Niger	96.9	95.7	97.1	2008	60.5	40.6	64.7	2007	94.7	85.0	96.2	2012	96.6	90.7	97.9	2012	59.0	20.8	81.5	2012
Nigeria	97.8	97.0	98.5	2008	70.5	69.9	71.2	2009	86.8	77.8	90.6	2008	59.6	36.7	81.6	2008	63.0	37.5	88.5	2008
Rwanda	9.0	1.0	11.1	2010	21.2	22.4	20.9	2005	79.4	75.4	79.9	2010	84.0	81.1	84.7	2010	34.0	28.5	34.9	2010
Sao Tome and Principe	97.9	97.3	98.8	2009	56.2	77.4	21.4	2000	78.8	76.7	80.2	2009	49.7	46.4	55.2	2009	7.0	6.4	7.5	2009
Senegal	79.9	69.1	87.4	2007	35.4	50.8	24.2	2005	81.2	73.9	85.8	2010	89.4	85.5	92.2	2010	37.0	26.6	49.1	2010
Seychelles	10.0	1.0	21.4	2011	4.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Sierra Leone	100.0	100.0	100.0	2008	77.4	99.0	59.8	2008	92.8	91.5	93.0	2010	95.3	94.7	95.7	2010	89.0	75.4	91.9	2010
Somalia	80.0	...	...	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	97.0	94.0	98.6	2006	100.0	50.8	227.6	2006
South Africa	0.0	0.0	0.0	2010	7.4	10.9	1.9	2011	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	30.0	...	...	...
South Sudan	...	...	...	...	65.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudan	70.3	53.6	78.6	2009	...	...	...	...	86.6	...	...	...	71.7	...	...	...	73.0	...	...	...
Swaziland	93.8	82.5	97.0	2006	14.1	11.5	14.8	2010	3.7	0.0	17.4	2010	0.0	0.0	0.0	2010	32.0	29.8	37.3	2010
Tanzania, United Republic of	87.0	79.1	89.8	2010	31.9	24.4	34.6	2007	89.3	81.8	90.7	2010	95.0	91.9	96.1	2010	46.0	27.1	53.2	2010

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage 1, 3, 4, 9, 12, 13				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure 1, 3, 5, 6, 12, 15				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) 1, 2, 3, 8, 10, 12, 14				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births 1, 3, 4, 8, 12, 14			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
Togo	96.0	93.9	97.3	2010	45.7	58.1	45.0	2006	88.8	76.8	89.0	2010	92.1	86.5	95.4	2010	30.0	14.5	30.5	2010
Tunisia	20.0	2.6	52.5	2005	35.0	...	...	...	32.5	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	5.6	...	...	...
Uganda	98.0	95.1	98.5	2008	49.9	18.2	55.5	2009	90.7	85.7	91.5	2011	72.6	58.0	75.2	2011	31.0	20.2	34.1	2011
Zambia	91.6	88.2	93.7	2008	26.3	43.0	15.8	2010	73.3	52.3	82.0	2007	81.4	68.0	89.1	2007	44.0	24.7	65.4	2007
Zimbabwe	99.0	99.0	99.0	2009	...	...	...	...	...	...	...	...	69.0	60.7	74.1	2010	57.0	43.9	65.2	2010
Latin America and the Caribbean																				
Antigua and Barbuda	48.9	43.8	71.3	2007	21.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	33.1	...	...	...	...	...	...	...
Argentina	3.2	1.0	5.9	2008	21.6	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	16.3	...	...	...	7.7	...	...	...
Aruba	0.8	0.8	0.8	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	0.0	0.0	0.0	1995	28.8	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	4.7	...	...	...
Barbados	0.0	0.0	0.0	1995	28.2	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	5.1	...	...	...
Belize	75.0	61.8	85.7	2009	23.6	...	...	...	16.0	13.1	16.3	2011	39.1	37.8	40.2	2011	5.3	5.1	5.3	2011
Bolivia, Plurinational State of	57.3	46.7	78.3	2009	26.3	35.2	8.8	2007	63.3	54.4	73.7	2008	34.1	20.8	60.4	2008	19.0	15.3	26.5	2008
Brazil	0.0	0.0	0.0	2009	30.6	35.6	3.7	2009	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	5.6	5.6	5.8	2010
Chile	6.9	1.0	17.3	2011	33.0	33.0	33.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	72.3	...	...	...	2.5	2.5	2.5	2010
Colombia	12.3	9.3	21.3	2010	17.8	22.7	3.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	47.9	46.2	53.0	2010	9.2	8.9	10.2	2010
Costa Rica	0.0	0.0	0.0	2009	24.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	55.2	54.8	55.8	2011	4.0	4.0	4.1	2011
Cuba	0.0	0.0	0.0	2011	4.8	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	7.3	...	...	...
Dominica	86.6	83.3	93.2	2009	26.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Dominican Republic	73.5	73.0	74.6	2007	39.0	...	...	...	25.7	25.2	26.5	2007	26.6	26.2	27.4	2007	15.0	14.9	15.2	2007
Ecuador	77.2	72.3	87.1	2009	54.5	...	...	...	29.8	...	...	...	19.3	...	...	...	11.0	...	...	...
El Salvador	78.4	73.8	86.6	2009	33.6	42.5	17.5	2010	28.9	...	...	...	44.1	...	...	...	8.1	...	...	...
Grenada	...	...	...	...	53.7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	70.0	55.2	83.3	2005	52.9	77.2	29.2	2000	58.3	32.1	74.4	1999	6.6	0.0	12.0	1999	12.0	7.4	19.6	1999
Guyana	76.2	58.0	83.4	2009	30.2	...	...	...	31.4	26.7	32.7	2009	82.9	81.8	83.3	2009	28.0	26.2	28.6	2009
Haiti	96.9	...	...	2001	23.9	...	...	...	81.2	70.1	87.6	2012	93.3	90.3	96.6	2012	35.0	22.0	53.1	2012
Honduras	88.0	82.3	93.4	2006	47.2	76.4	16.1	2004	...	...	...	...	67.9	63.9	72.2	2011	10.0	8.8	11.3	2011
Jamaica	79.9	76.0	84.2	2007	31.0	38.3	23.0	2007	...	...	...	...	64.6	63.9	65.4	2005	11.0	10.8	11.3	2005
Mexico	14.4	1.0	24.6	2010	47.1	48.2	8.1	2010	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	5.0	4.9	5.5	2010
Nicaragua	87.8	84.8	91.6	2005	39.6	52.1	22.7	2005	...	...	...	...	67.9	65.7	70.5	2001	9.5	8.8	10.2	2001
Panama	48.2	48.0	48.7	2008	25.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	19.4	...	...	...	9.2	...	...	...
Paraguay	76.4	71.9	83.5	2009	60.1	...	...	...	35.4	...	...	...	39.6	...	...	...	9.9	...	...	...
Peru	35.6	34.7	38.6	2010	37.1	46.6	5.7	2010	25.5	14.8	44.9	2009	47.3	42.1	64.7	2009	6.7	5.9	9.1	2009
Saint Kitts and Nevis	71.2	35.8	87.8	2008	49.9	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
Saint Lucia	64.5	17.7	78.5 2008		44.9 ...				0.0	0.0	0.0	2010	47.5	...	...	...	3.5	...	...	...
Saint Vincent and the Grenadines	90.6	87.9	93.2 2008		18.0 ...				0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		4.8	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	13.4 ...				0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		13.0	12.1	13.6 2010	
Trinidad and Tobago	...	...	...	...	35.5 ...				0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		4.6	...	...	...
Uruguay	2.8	2.2	10.3 2010		17.9 ...				0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		2.9	2.9	2.9	2010
Venezuela, Bolivarian Republic of	0.0	0.0	0.0	2010	59.5 ...				0.1	...	...	...	38.3	...	...	...	9.2	...	...	...
North America																				
Canada	0.0	0.0	0.0	2011	14.2	14.2	14.2 2010		0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		1.2	1.2	1.2	2010
United States	16.0	15.0	20.6 2010		11.7	11.7	11.7 2010		0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		2.1	2.1	2.1	2010
Asia																				
Afghanistan	...	...	...	...	74.3	35.9	86.0 2007		95.2	91.3	96.7 2010		92.3	85.7	94.3	2010	46.0	25.5	67.9 2010	
Armenia	0.0	0.0	0.0	2009	55.9	70.2	30.3 2009		74.8	74.7	74.9 2010		0.0	0.0	0.0 2010		3.0	3.0	3.0	2010
Azerbaijan	97.1	96.2	98.0 2006		69.2	80.5	56.2 2008		55.3	51.3	59.3 2006		0.0	0.0	0.0 2010		4.3	3.9	4.7	2006
Bahrain	0.0	0.0	0.0	2006	17.6 ...		...	...	0.0	0.0	0.0	2010	21.9	...	...	...	2.0	2.0	2.0	2010
Bangladesh	98.6	97.0	99.2 2008		61.3	30.4	73.3 2010		...	...	...	...	86.4	77.5	89.9	2011	24.0	15.0	35.0 2011	
Bhutan	10.0	1.0	15.2 2009		14.6	14.1	14.8 2007		67.0	49.3	69.3 2010		72.6	61.2	78.7	2010	18.0	11.7	19.3 2010	
Brunei Darussalam	0.0	0.0	0.0	2010	7.6 ...		...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		2.4	2.4	2.4	2010
Cambodia	73.9	65.7	75.9 2009		61.6	18.7	72.2 2008		90.8	87.7	91.4 2010		75.2	67.3	77.2	2010	25.0	18.7	26.7 2010	
China	3.1	1.0	5.1	2010	35.3	55.3	15.9 ...		24.1	23.9	24.2 2009		29.0	28.9	29.1	2009	3.7	3.7	3.7	2009
Georgia	75.0	64.4	86.8 2008		69.1 ...		...	...	54.0	53.7	54.3 2005		0.0	0.0	0.0 2010		6.7	6.7	6.7	2005
Hong Kong (China), Special Administrative Region	0.0	0.0 ...		2010 ...			...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
India	87.5	74.9	93.1 2010		61.8	49.8	67.2 2009		90.0	89.0	94.4 2011		62.5	50.5	68.0	2011	20.0	18.1	35.5 2011	
Indonesia	41.0	18.4	63.5 2010		47.2	61.2	33.3 2010		80.1	78.0	82.1 2012		61.7	57.7	65.7	2012	22.0	19.9	24.5 2012	
Iran, Islamic Republic of	10.0	1.0	19.5 2005		53.6 ...		...	...	39.8	...	...	...	49.1	...	...	...	2.1	2.1	2.1	2010
Iraq	...	...	...	...	26.1	32.7	13.1 2006		0.0	0.0	0.0	2010	52.8	51.2	56.0	2011	6.3	6.1	6.8	2011
Israel	0.0	0.0	0.0	2011	25.0	25.0	25.0 2010		0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		0.7	0.7	0.7	2010
Occupied Palestinian Territory	83.8 ...		...	2004 ...			...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japan	0.0	0.0	0.0	2010	14.4	14.4	14.4 2010		0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		0.5	0.5	0.5	2010
Jordan	25.0	21.7	39.4 2006		25.1	29.8	2.9	2002	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		6.3	6.3	6.3	2012
Kazakhstan	30.0	6.7	59.3 2001		40.4	56.5	21.8 2003		0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0 2010		5.1	5.1	5.1	2010
Korea, Democratic People's Republic	...	...	...	...			...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0 2010		8.1	...	...	...

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
Korea, Republic of	0.0	0.0	0.0	2010	34.2	34.2	34.2	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.6	1.6	1.6	2010
Kuwait	0.0	0.0	0.0	2006	17.5	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.4	1.4	1.4	2010
Kyrgyzstan	17.0	7.4	22.2	2001	38.7	29.4	43.7	2010	80.4	80.3	80.4	2012	0.0	0.0	0.0	2010	7.1	7.1	7.1	2012
Lao People's Democratic Republic 88.4	...	85.2	90.0	2009	41.8	41.4	42.0	2007	90.7	81.5	92.9	2011	76.1	55.8	86.7	2011	47.0	23.7	61.4	2011
Lebanon	51.7	51.6	52.3	2007	44.4	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	2.5	2.5	2.5	2010
Malaysia	0.0	0.0	0.0	2010	32.7	...	...	...	15.6	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	2.9	2.9	2.9	2010
Maldives	70.0	57.9	78.1	2011	26.1	21.6	29.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	6.0	5.7	6.1	2009
Mongolia	18.1	8.7	37.6	2009	35.2	45.4	14.0	2008	59.5	59.3	59.9	2010	0.0	0.0	0.0	2010	6.3	6.3	6.4	2010
Myanmar	...	...	...	...	76.6	...	...	...	98.2	...	...	...	67.0	...	...	...	20.0	...	...	...
Nepal	99.9	99.9	99.9	2010	48.8	14.0	55.8	2010	...	...	...	...	84.8	70.4	87.7	2011	17.0	8.4	18.9	2011
Oman	3.0	1.0	10.7	2005	10.9	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	3.2	...	...	...
Pakistan	73.4	56.5	82.8	2009	60.6	42.2	70.9	2010	95.4	93.7	96.1	2012	68.1	57.5	74.0	2012	26.0	19.1	30.5	2012
Philippines	18.0	1.0	35.1	2009	52.5	71.1	34.9	2006	82.2	77.8	86.3	2008	0.0	0.0	0.0	2010	9.9	7.9	12.9	2008
Qatar	0.0	0.0	0.0	2006	16.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.7	0.7	0.7	2010
Saudi Arabia	74.0	71.5	85.5	2010	20.0	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	31.0	...	...	...	2.4	2.4	2.4	2010
Singapore	0.0	0.0	...	2010	62.6	...	...	...	0.0	0.0	...	2010	0.0	0.0	...	2010	0.3	0.3	...	2010
Sri Lanka	0.0	0.0	0.0	2010	44.8	24.5	80.8	2009	78.2	...	...	...	41.2	...	...	...	3.5	...	...	...
Syrian Arab Republic	10.0	1.0	21.6	2008	54.0	...	...	...	79.3	78.3	80.3	2006	23.6	20.1	27.7	2006	7.0	6.7	7.4	2006
Tajikistan	99.7	99.7	99.7	2010	66.5	31.3	79.2	2009	91.0	90.4	91.2	2012	0.0	0.0	0.0	2010	6.5	6.1	6.6	2012
Thailand	2.0	1.0	3.0	2007	14.2	15.3	13.6	2009	27.1	25.5	27.7	2005	57.9	57.0	58.3	2005	4.8	4.7	4.8	2005
Timor-Leste	...	...	...	...	3.7	7.0	2.3	2010	81.4	62.5	86.9	2010	59.1	18.4	74.9	2010	30.0	14.9	42.5	2010
Turkey	14.0	10.8	21.7	2011	16.1	18.3	10.7	2009	0.0	0.0	0.0	2010	3.4	0.0	21.3	2003.0 2.0	...	2.0	2.0	2010
Turkmenistan	17.7	1.0	34.3	2011	43.7	...	...	...	67.2	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	6.7	...	...	...
United Arab Emirates	0.0	0.0	0.0	2010	19.5	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	24.0	...	...	...	1.2	1.2	1.2	2010
Uzbekistan	0.0	0.0	0.0	2010	45.2	...	...	...	79.2	79.2	79.2	2006	0.0	0.0	0.0	2010	2.8	2.8	2.8	2010
Viet Nam	39.0	1.0	56.0	2010	44.8	35.0	49.2	2008	82.4	81.3	82.9	2010	47.7	44.5	49.1	2010	5.9	5.6	6.1	2010
Yemen	58.0	26.8	70.7	2008	73.8	68.0	99.0	2005	91.9	86.0	94.0	2006	78.2	62.7	84.5	2006	20.0	11.6	27.1	2006
Europe																				
Albania	76.4	70.6	82.8	2008	54.4	59.4	49.0	2008	52.1	51.8	52.2	2009	0.0	0.0	0.0	2010	2.7	2.7	2.7	2010
Andorra	...	...	...	...	19.6	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Austria	0.7	0.7	0.7	2010	15.2	15.2	15.2	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.4	0.4	0.4	2010
Belarus	0.0	0.0	0.0	2010	19.8	24.6	5.9	2010	5.8	5.9	5.8	2012	0.0	0.0	0.0	2010	0.4	0.4	0.4	2010
Belgium	1.0	1.0	1.0	2010	20.7	20.7	20.7	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Bosnia and Herzegovina	40.8	8.5	67.5	2004	28.3	30.0	26.8	2007	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}			Year*	Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}			Year*	Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}			Year*	Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}			Year*	Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			Year*
	Total	Urban	Rural		Total	Urban	Rural		Total	Urban	Rural		Total	Urban	Rural		Total	Urban	Rural	
Bulgaria	13.0	10.2	20.4	2008	42.9	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	1.1	1.1	1.1	2010
Croatia	3.0	1.0	7.1	2009	14.6	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	1.7	1.7	1.7	2010
Cyprus	35.0	23.9	61.2	2008	49.4	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.0	1.0	1.0	2010
Czech Republic	0.0	0.0	0.0	2011	14.9	14.9	14.9	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.5	0.5	0.5	2010
Denmark	0.0	0.0	0.0	2011	13.2	13.2	13.2	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.2	1.2	1.2	2010
Estonia	7.1	1.0	18.7	2011	18.7	18.7	18.7	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.2	0.2	0.2	2010
Finland	0.0	0.0	0.0	2010	19.8	19.8	19.8	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.5	0.5	0.5	2010
France	0.1	0.1	0.1	2011	7.4	7.4	7.4	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Germany	0.0	0.0	0.0	2010	11.9	11.9	11.9	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.7	0.7	0.7	2010
Greece	0.0	0.0	0.0	2010	29.2	29.2	29.2	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.3	0.3	0.3	2010
Hungary	0.0	0.0	0.0	2010	26.3	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	2.1	2.1	2.1	2010
Iceland	0.0	0.0	0.0	2010	17.9	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.5	0.5	0.5	2010
Ireland	0.0	0.0	0.0	2011	12.9	12.9	12.9	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.6	0.6	0.6	2010
Italy	0.0	0.0	0.0	2010	19.9	19.9	19.9	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.4	0.4	0.4	2010
Latvia	30.0	25.1	40.3	2005	34.9	47.9	16.8	2009	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	3.4	...	...	...
Liechtenstein	5.0	...	...	2008	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Lithuania	5.0	1.0	13.5	2009	26.4	33.5	12.0	2008	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Luxembourg	2.4	...	...	2010	10.0	10.0	10.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	2.0	2.0	2.0	2010
Malta	0.0	0.0	0.0	2009	33.4	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Moldova, Republic of	24.3	1.0	30.3	2004	44.9	52.7	38.0	2009	48.5	48.4	48.5	2005	0.0	0.0	0.0	2010	4.1	4.1	4.1	2005
Monaco	...	...	...	...	7.0	...	...	...	0.0	0.0	...	2010	0.0	0.0	...	2010	...	...	...	...
Montenegro	5.0	1.0	11.6	2004	38.0	48.1	20.8	2009	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Netherlands	1.1	1.1	1.1	2010	5.3	5.3	5.3	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.6	0.6	0.6	2010
Norway	0.0	0.0	0.0	2011	13.6	13.6	13.6	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.7	0.7	0.7	2010
Poland	2.5	1.0	3.5	2010	22.2	22.2	22.2	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.5	0.5	0.5	2010
Portugal	0.0	0.0	0.0	2010	25.8	25.8	25.8	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010
Romania	5.7	1.0	12.1	2009	19.2	25.9	11.7	2009	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	2.7	2.7	2.7	2010
Russian Federation	12.0	1.0	16.7	2011	36.4	46.9	7.3	2008	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	3.4	3.4	3.4	2010
San Marino	...	...	...	...	14.3	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Serbia	7.9	1.0	16.3	2009	36.4	68.3	32.4	2007	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.2	1.2	1.2	2010
Slovakia	5.2	1.0	11.5	2010	25.7	25.7	25.7	2010	...	...	...	...	19.7	...	...	...	0.6	0.6	0.6	2010
Slovenia	0.0	0.0	0.0	2011	12.2	12.2	12.2	2010	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	1.2	1.2	1.2	2010
Spain	0.8	0.8	0.8	2010	19.8	19.8	19.8	2010	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.6	0.6	0.6	2010
Sweden	0.0	0.0	0.0	2011	16.3	16.3	16.3	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.4	0.4	0.4	2010
Switzerland	0.0	0.0	0.0	2010	25.1	25.1	25.1	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.8	0.8	0.8	2010

Region or country	Legal health coverage deficit, % of population without legal coverage 1, 3, 4, 9, 12, 13				Out-of-pocket expenditure, % of total health expenditure 1, 3, 5, 6, 12, 15				Financial deficit, % of population not covered due to financial resource deficit (threshold: US\$239) 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14				Staff access deficit, % of population not covered due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) 1, 2, 3, 8, 10, 12, 14				Maternal mortality ratio, deaths per 10,000 live births 1, 3, 4, 8, 12, 14			
	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*	Total	Urban	Rural	Year*
The Former Yugoslav Republic of Macedonia	5.1	1.0	12.5	2006	36.2	42.3	27.3	2003	13.8	13.8	13.8	2011	0.0	0.0	0.0	2010	1.0	1.0	1.0	2010
Ukraine	0.0	0.0	0.0	2011	40.5	50.2	19.3	2010	35.0	34.7	35.4	2007	0.0	0.0	0.0	2010	3.2	...	...	...
United Kingdom	0.0	0.0	0.0	2010	9.4	9.4	9.4	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.2	1.2	1.2	2010
Oceania																				
Australia	0.0	0.0	0.0	2011	19.3	19.3	19.3	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.7	0.7	0.7	2010
Cook Islands	...	...	...	...	5.8	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Fiji	0.0	0.0	0.0	2010	19.7	26.6	12.2	2002	44.5	...	...	...	35.2	...	...	...	2.6	2.6	2.6	2010
Kiribati	...	...	...	...	...	...	...	...	26.9	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Marshall Islands	...	...	...	...	12.8	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	26.4	...	...	...	...	...	...	...
Micronesia	...	...	...	...	8.7	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	7.1	...	...	...	10.0	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	5.8	...	...	...	0.0	0.0	...	2010	0.0	0.0	...	2010	...	...	...	...
New Zealand	0.0	0.0	0.0	2011	10.5	10.5	10.5	2010	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	1.5	1.5	1.5	2010
Niue	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Palau	...	...	...	...	11.1	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Papua New Guinea	...	...	...	...	13.8	4.9	15.1	2009	70.9	...	...	...	89.2	...	...	...	23.0	...	...	...
Solomon Islands	...	...	...	...	3.2	...	...	...	45.6	...	...	...	47.0	...	...	...	11.0	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	12.7	...	...	...	18.5	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	11.0	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0	2010	...	...	...	...
Vanuatu	0.0	0.0	0.0	2010	6.0	...	...	...	48.0	39.0	49.7	2007	60.1	53.7	62.0	2007	11.0	9.4	11.4	2007
Western Samoa	...	...	...	...	7.9	...	...	...	3.4	...	...	...	43.6	...	...	...	10.0	...	...	...

Sources

1. ILO: Social Health Protection Database, Statistical Annexes, August 2014. Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=3985> [18 February 2015].
2. ILO calculations based on WHO: Global Health Observatory Data Repository – Health Financing and Global Health Workforce Statistics (see below, nos. 7 and 8).
3. United Nations Population Division: UN World Population Prospects, 2012 Revision. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wup/> [27 February 2015].
4. World Bank: World Development Indicators Database, January 2015. Available at: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [18 February 2015].
5. World Bank: Global Consumption Database: Health, February 2015. Available at: <http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health> [27 February 2015].
6. WHO: Global Health Expenditure Database, 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; definitions for out-of-pocket expenditure on health as % of total health expenditure, available at: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3105 [9 March 2015].
7. WHO: Global Health Observatory Data Repository – Health Financing, 2014. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en> [18 February 2015].
8. WHO: Global Health Observatory Data Repository – Global Health Workforce Statistics, 2014. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF?lang=en> [18 February 2015].

Notes

...: Not available.

* The 'year' column shows the year in which the proxy data were collected.

** The urban/rural input data were from a synthetic database, so do not relate to a particular year

For national estimates:

1. Estimate in percentage of population without legal health coverage. Coverage includes affiliated members of health insurance or estimation of the population having free access to health care services provided by the State.
2. The ILO staff access deficit indicator reflects the supply side of access availability – in this case the availability of human resources at a level that guarantees at least basic, but universal, effective access to everybody. To estimate access to the services of skilled medical professionals (physicians and nursing and midwifery personnel), it uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given country and its median value in countries with a low level of vulnerability (population access to services of medical professionals in countries with low vulnerability is thus used as a threshold for other countries). The relative ILO threshold corresponds to the median value in the group of countries assessed as 'low vulnerable' (regarding the structure of employment and poverty). Based on 2011 data from WHO (number of physicians, nursing and midwifery personnel per 10,000), the estimated median value is 41.1 per 10,000 population when weighted by total population. Another way to look at it is to refer to population not covered due to a deficit from the supply side (see second part of example below). Then, the ILO staff access deficit indicator estimates the dimension of the overall performance of health-care delivery as a percentage of the population that has no access to health care if needed. Professional staff includes physicians and nursing and midwifery personnel as defined by WHO. See Indicator definitions and metadata for indicator HRH_01: Number of nursing personnel; HRH_02: Number of physicians; and HRH_03: Number of midwifery personnel available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr> [27 February 2015].
3. Coverage gap due to financial resource deficit is based on median value in low vulnerability group of countries. The ILO financial deficit indicator follows the same principle as the access deficit indicator regarding total health spending (in US\$ per capita and per year) except out-of-pocket payments. The relative median value in 2011 in group of countries assessed as 'low vulnerable' is estimated at 239 US\$ per capita and per year.
4. Aggregate measures are weighted by total population. Refer to data source 3.

For rural/ urban estimates:

5. The percentage of GDP provided by the agricultural sector was used as a proxy for the legal coverage rights of the rural population and the percentage of GDP provided by other sectors as a proxy for the rights of the urban population. The following formulae were applied:

$$\left(\begin{array}{c} \\ \end{array} \right)$$

$P =$ total population (UN Population Division world urbanization prospects database: <http://esa.un.org/unpd/wup/>) / $GDPa =$ the proportion of GDP provided by agriculture (from World Bank database: <http://data.worldbank.org/indicator/NV.AG>) / $GDPna =$ the proportion of GDP provided by sectors other than agriculture (i.e. $1 - GDPa$). The subscripts u and r refer to urban and rural respectively. The regional and world legal coverage estimates were calculated by weighting the individual country estimates by population size, separately for urban and rural.

6. National, rural, and urban skilled birth attendance (SBA) rates were used as proxies for health workers distribution as a direct relation was assumed. The following formulae were applied:

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

SAD = staff access deficit estimate (ILO 2014d) / SBA = % of live births attended by a doctor, nurse or midwife, and the subscripts n, u and r refer to national, urban and rural respectively. Databases: WHO Global Health Observatory (GHO) database, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630?lang=en>, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.94130>) and nationally representative sample surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS). The regional and world legal coverage estimates were calculated by weighting the individual country estimates by population size, separately for urban and rural.

7. National, rural, and urban skilled birth attendance (SBA) rates were used as proxies for financial resource allocation as a direct relation was assumed. The following formulae were applied:

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

FD = Financial deficit estimate (ILO 2014 d), SBA = % of live births attended by a skilled birth attendant, and the subscripts n, u and r refer to national, urban and rural respectively. Databases: WHO Global Health Observatory, (GHO) database (national SBA figures were taken from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630?lang=en> <http://apps.who.int/gho/data/view.main.94130>), and nationally representative sample surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS).

8. National, rural, and urban skilled birth attendance (SBA) rates were used as proxies for the maternal mortality ratio. It was assumed that the rural (/urban) maternal mortality ratio (MMR) is inversely related to the national SBA ratio. The following formulae were applied:

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

$$\left(\frac{SBA_n}{SBA_u} \right) \left(\frac{SBA_r}{SBA_u} \right)$$

MMR = MMR estimate ILO 2014d, SBA = % of live births attended by a skilled birth attendant and the subscripts n, u and r refer to national, urban and rural respectively. Databases: WHO Global Health Observatory (GHO), <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630?lang=en> , <http://apps.who.int/gho/data/view.main.94130>) and nationally representative sample surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS). For Brazil and Mexico, which were not included in the WHO database data came from a UNICEF database (<http://www.unicef.org/infobycountry>).

9. Household consumption on health (\$PPP) in rural and urban areas are extracted from the World Bank Global Consumption database. The ratio between rural (/ urban) to national household consumption on health are used as proxy for rural and urban out-of-pocket (OOP) expenditure. The following formulae were applied:

$$\left(\frac{C_n}{C_u} \right) \left(\frac{C_r}{C_u} \right)$$

$$\left(\frac{C_n}{C_u} \right) \left(\frac{C_r}{C_u} \right)$$

X = OOP as a percentage of total health expenditure, C = household consumption on health (\$PPP), and the subscripts n, u and r refer to national, urban and rural respectively. Databases: WHO's Global Health Expenditure database (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators>), World Bank Global Consumption database (<http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health>). The regional and world OOP estimates were calculated by weighting the individual country estimates by population size, separately for urban and rural.

Bibliography

- Bellows, N.; Bellows, B.; Warren, C. 2011. "The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: Systematic review", in *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 16, No. 1, pp. 84–96.
- Bosch, M.; Cobacho, M. B.; Pagés, C. 2012. *Taking stock of eight years of implementation of Seguro Popular in Mexico*. Mimeographed document (Washington, Inter-American Development Bank). Available at: <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/8708921265238560114/CPagesPaper.pdf> [16 March 2015]
- Brinkerhoff, D. 2003. *Accountability and health systems: Overview, framework, and strategies* (Bethesda, MD, Partners for Health Reform *plus*).
- Department for International Development (DFID) Policy Division. 2011. *Cash transfers: Evidence paper* (London).
- Ferrinho, P.; Siziya, S.; Goma, F.; Dussault, G. 2011. "The human resource for health situation in Zambia: Deficit and maldistribution", in *Human Resources for Health*, Vol. 9, No. 30.
- Government of India. 2014. *NRHM Framework for Implementation*. Available at: <http://nrhm.gov.in/nhm/nrhm/nrhm-framework-for-implementation.html> [17 Dec. 2014].
- Gwatkin, D. R.; Bhuiya, A.; Victora, C. G. 2004. "Making health systems more equitable", in *The Lancet*, Vol. 9441, pp. 1273–1280.
- Health Metrics Network (HMN); World Health Organization (WHO). 2011. *Country Health Information Systems: A review of the current situation and trends* (Geneva).
- Henderson, L.N.; Tulloch, J. 2008. "Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries", in *Human Resources for Health*, Vol. 6, No. 18, pp. 1–20.
- International Fund for Agricultural Development (IFAD). 2011. *Rural Poverty Report 2011* (Rome). Available at: <http://www.ifad.org/rpr2011/report/e/rpr2011.pdf> [9 March 2015].
- International Labour Office (ILO). 2008. *Promotion of rural employment for poverty reduction*, Report IV, International Labour Conference, 97th Session, Geneva, 2008 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_091721.pdf [9 March 2015].
- . 2010. *World Social Security Report 2010–2011: Providing coverage in times of crisis and beyond* (Geneva).
- . 2011a. *Supporting rural development through social protection floors*, Rural Policy Briefs, Rural Development through Decent Work (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/employment/units/rural-development/WCMS_165995/lang--en/index.htm [9 March 2015].

-
- . 2011b. *Unleashing rural development through employment and decent work: A pressing need and timely investment* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_158583.pdf [23 Jan. 2015].
 - . 2012a. *Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*. Available at: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524 [11 June 2014].
 - . 2012b. *Women and men in the informal economy – Statistical picture*, Laborsta Internet (Geneva). Available at: http://laborsta.ilo.org/informal_economy_E.html [17 March 2015].
 - . 2014a. *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-securityreport/2014/WCMS_245201/lang--en/index.htm [9 March 2015].
 - . 2014b. *Universal health protection: Progress to date and the way forward*, Social Protection Policy Paper No. 10 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_305947.pdf [9 March 2015].
 - . 2014c. *Addressing the global health crisis: Universal health protection policies*. Social Protection Policy Paper, No. 13 (Geneva) Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_325647.pdf [9 March 2015].
- Kakade, D. 2012. "Community-based monitoring as an accountability tool: Influence on rural health services in Maharashtra, India", in *BMC Proceedings*, Vol. 6, Suppl. 1. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S1/O9>.
- Knaul, F. M.; González-Pier, E.; Gómez-Dantés, O.; García-Junco, D.; Arreola-Ornelas, M.; Barraza-Lloréns, R. S.; Caballero, F.; Hernández-Avila, M.; Juan, M.; Kershenobich, D.; Nigenda, G.; Ruelas, E.; Sepúlveda, J. 2012. "The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico", in *The Lancet*, Vol. 380, No. 9849, pp. 1259–1279. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61068-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61068-X.pdf) [13 March 2015].
- Kombe, G.; Fleisher, L.; Kariisa, E.; Arur, A.; Sanjana, P.; Paina, L.; Dare, L.; Abubakar, A.; Baba, S.; Ubok-Udom, E.; Unom, S. 2009. *Nigeria health system assessment 2008* (Bethesda, MD, Abt Associates)
- Masiye, F.; Chitah, B.M.; Chanda, P.; Simeo, F. 2008. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care*, Equinet Discussion Paper No. 57, Harare, Zimbabwe. Available at: <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf> [30 Oct. 2014].
- Ministry of Health for Cambodia; WHO Cambodia; Western Pacific Regional Office. 2008. *Cambodia Strategic Framework for Health Financing 2008–2015* (Geneva, WHO).
- Mirelman, A.; Mentzakis, E.; Kinter, E.; Paolucci, F.; Fordham, R.; Ozawa, S.; Ferraz, M.; Baultussen, R.; Niessen, L. W. 2012. "Decision-making criteria among national policymakers in five countries: A discrete choice experiment eliciting relative preferences for equity and efficiency", in *Value Health*, Vol. 15, No. 3, pp. 534–539.

-
- Montagu, D. 2002. "Franchising of health services in developing countries", in *Health Policy and Planning*, Vol. 17, No. 2, pp. 120–130.
- Opwora, A.; Kabare, M.; Molyneux, S.; Goodman, C. 2010. "Direct facility funding as a response to user fee reduction: Implementation and perceived impact among Kenyan health centres and dispensaries", in *Health Policy and Planning*, Vol. 25, pp. 406–408.
- Salinas, J.; Al Snih, S.; Markides, K.; Ray, L.; Angel, R. 2010. "The rural–urban divide: Health services utilization among older Mexicans in Mexico", in *The Journal of Rural Health*, Vol. 26, No. 4, pp. 333–341.
- Scheil-Adlung, X.; Bonnet, F.; Wiechers, T.; Ayangbayi, T. 2010. *New approaches to measuring deficits in social health protection coverage in vulnerable countries*, Background Paper No. 56 for the *World Health Report 2010* (Geneva, WHO).
- United Nations (UN). 2012. *Resolution on Universal Health Coverage A /67/L.36*, adopted 12 December 2012.
- United Nations Population Division. 2014. *World Urbanization Prospects: The 2014 revision*, Department of Economic and Social Affairs. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wup/> [21 Jan. 2015].
- Van Rensburg, H. 2014. "South Africa's protracted struggle for equal distribution and equitable access – still not there", in *Human Resources for Health*, Vol. 12, No. 26, pp. 1–16.
- Witter, S.; Toonen, J.; Meessen, B.; Kagubare, J.; Fritsche, G.; Vaughan, K. 2013. "Performance-based financing as a health system reform: Mapping the key dimensions for monitoring and evaluation", in *BMC Health Services Research*, Vol. 13, No. 367, pp. 1–10.
- World Bank. 2013. *Global Monitoring Report 2013: Rural–urban dynamics and the Millennium Development Goals* (Washington, DC).
- World Health Organization (WHO). 2010. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations* (Geneva).
- . 2011. *Sustainable health financing structures and universal coverage*, Resolution No. WHA64.9 adopted by the 64th World Health Assembly, Geneva, Switzerland, 24 May 2011. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf.
- Youngkong, S.; Kipiriri, L.; Baltussen, R. 2009. "Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies", in *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 14, No. 8, pp. 930–939.

Relevant international databases

- ILO Social Health Protection Database, Statistical Annexes, August 2014. Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=3985> [18 Feb. 2015].

United Nations Population Division, UN World Population Prospects, 2012 Revision. Available at:
<http://esa.un.org/unpd/wup/> [27 Feb. 2015].

World Bank. Global Consumption Database: Health, February. 2015. Available at:
<http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health> [27 Feb. 2014].

World Bank. 2015. World Development Indicators Database, January 2015. Available at:
<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [18 Feb. 2015].

World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository – Health Financing, 2014.
Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en> [18 Feb. 2015].

World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository – Global Health Workforce
Statistics, 2014. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF?lang=en> [18 Feb. 2015].

World Health Organization, Global Health Expenditure Database, 2014. Available at:
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; see also definitions for out-of-pocket expenditure on
health as % of total health expenditure, available at:
http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3105 [9 March 2015].

Further reading

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2011. *Emergency room services: Mean and median expenses per person with expense and distribution of expenses by source of payment: United States, 2011*, Medical Expenditure Panel Survey Household Component Data (Rockville, MD). Generated interactively [9 March 2015]
- Aragón, T.; Dalnoki-Veress, F.; Shiu, K.; Chawla, C.; Louie, J.; Wagner, G.; Garcia, B. A. 2012. "Deriving criteria weights for health decision making: A brief tutorial". Available at: http://www.academia.edu/741169/Deriving_Criteria_Weights_for_Health_Decision_Making_A_Brief_Tutorial [9 Jan. 2015].
- Asthana, S.; Gibson, A. 2008. *Health care equity, health equity and resource allocation: Towards a normative approach to achieving the core principles of the NHS*. Available at: <http://www.radstats.org.uk/no096/AsthanaGibson96.pdf> [15 Dec. 2014].
- Averting Maternal Death and Disability (AMDD). 2014. *AMDD needs assessment toolkit* (New York, Columbia University). Available at: <http://www.amddprogram.org/content/emoc-needs-assessments> [28 Nov. 2014].
- Badr, E.; Mohamed, N. A.; Afzal, M. M.; Bile, K. M. 2013. "Strengthening human resources for health through information, coordination and accountability mechanisms: The case of the Sudan", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, pp. 868–873.
- Baltussen, R.; Mikkelsen, E.; Tromp, N.; Hurtig, A. K.; Byskov, J.; Olsen, Ø.; Bærøe, K.; Hontelez, J. A.; Singh, J.; Norheim, O. F. 2013. "Balancing efficiency, equity and feasibility of HIV treatment in South Africa: Development of programmatic guidance", in *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, Vol. 11, No. 26, pp. 1–9.
- Baltussen, R.; Youngkong, S.; Paolucci, F.; Niessen, L. 2010. "Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences", in *Health Policy*, Vol. 96, No. 3, pp. 262–264.
- Bodham-Whetham, L. 2014. *Quality of Institutional Care (QuIC)*, powerpoint presented at Mamaye evidence for action. Available at: <http://performancebasedfinancing.files.wordpress.com/2014/04/quic-quality-ofinstitutional-care.pdf> [15 Dec. 2014].
- Callaghan, M.; Ford, N.; Schneider, H. 2010. "A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa", in *Human Resources for Health*, Vol. 8, No. 8, pp. 1–9.

- Center for Health Market Innovations. 2014. *Chipatala Cha Pa Foni*. Available at: <http://healthmarketinnovations.org/program/chipatala-cha-pa-foni> [28 Nov. 2011].
- Countdown to 2015; Health Metrics Network (HMN); United Nations Children's Fund (UNICEF); World Health Organization (WHO). 2011. *Monitoring maternal, newborn and child health: Understanding key progress indicators* (Geneva).
- Devlin, N.; Sussex, J. 2011. *Incorporating multiple criteria in HTA: Methods and processes* (London, Office of Health Economics).
- Ebener, S.; Guerra-Arias, M.; Campbell, J.; Tatem, A. J.; Moran, A.; Johnson, F. A.; Fogstad, H.; Stenberg, K.; Neal, S.; Bailey, P.; Porter, R.; Matthews, Z. 2013. "Examples of work in progress on mapping for MNH", table 2 in *The geography of maternal and newborn health: The state of the art*. Available at: http://integrare.es/wp-content/uploads/2013/11/Geography_MNH_Table2.pdf [15 Dec. 2014].
- Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). 2014. *Historia de la ELAM* (Havana). Available at: <http://instituciones.sld.cu/elam/historia-de-la-elam/> [20 Nov. 2014].
- Evans, D. B.; Hsu, J.; Boerma, T. 2013. "Universal health coverage and universal access", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, pp. 546–546A.
- Fitzherbert, A. 2000. *FAO Country Pasture/ Forage Resource Profiles: Kyrgyzstan* (Rome). Available at: <http://www.fao.org/ag/AGP/AGPC/doc/counprof/kyrgi.htm#1.5> [24 March 2015].
- Frehywot, S.; Vovides, Y.; Talib, Z.; Mikhail, N.; Ross, H.; Wohltjen, H.; Bedada, S.; Korhumel, K.; Koumare, A. K.; Scott, J. 2013. "E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries", in *Human Resources for Health*, Vol. 11, No. 4, pp. 1–15.
- Geodata Institute. 2014. *WorldPop*. Available at: <http://www.worldpop.org.uk/> [15 Dec. 2014].
- Giuffrida, A.; Jakab, M.; Dale, E. M. 2011. *Toward universal coverage in health: The case of the state guaranteed benefit package of the Kyrgyz Republic*, Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No. 17 (Washington, DC, World Bank). Available at: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2013/02/01/000333037_20130201153449/Rendered/PDF/750060NWP0Box30I0Coverage0in0Health.pdf [20 March 2015].
- Global Health Workforce Alliance (GHWA); World Health Organization (WHO). 2013. *A universal truth: No health without a workforce* (Geneva).
- Government of India. 2013. *Janani Suraksha Yojana: Background* (New Delhi). Available at: <http://nrhm.gov.in/nrhm-components/rmnch-a/maternal-health/janani-suraksha-yojana/background.html> [9 Jan. 2015].

Harvey, S. A.; Blandon, Y. C. W.; McCaw-Binns, A.; Sandino, I.; Urbina, L.; Rodriguez, C.; Gómez, I.; Ayabaca, P.; Djibrina, S.; Nicaraguan Maternal and Neonatal Health Quality Improvement Group. 2007. "Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 85, No. 10, pp. 783–790.

Hazarika, I. 2013. "Health workforce in India: Assessment of availability, production and distribution", in *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, Vol. 2, No. 2, pp. 106–112.

Health Information Systems Programme (dhis2). 2014. *Collect, manage, visualize and explore your data*. Available at: <https://www.dhis2.org/> [15 Dec. 2014].

Health Metrics Network (HMN). 2014. *The Health Metrics Network Framework* (Geneva). Available at: <http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/> [15 Dec. 2014].

Hernandez, P.; Drager, S.; Evans, D. B.; Edejer, T. T. T.; Dal Poz, M. R. 2006. *Measuring expenditure for the health workforce: Evidence and challenges*, Background Paper prepared for the *World Health Report 2006* (Geneva, WHO).

Heyen-Perschon, J.; Hertel, C.; Holst, G. 2008. *Healthcare and transport in Africa: Facts and main findings from the ITDP Healthcare Projects in Africa 2003–2007* (Hamburg, European Section of the Institute for Transportation and Development Policy).

Homer, C. S.; Friberg, I. K.; Bastos Dias, M. A.; Hoope-Bender, P. T.; Sandall, J.; Speciale, A. M.; Bartlett, L. A. 2014. "The projected impact of scaling up midwifery", in *The Lancet*, Vol. 384, No. 9948, pp.1146–1157.

Hussein, J.; Bell, J.; Dar lang, M.; Mesko, N.; Amery, J.; Graham, W. 2011. "An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal", in *PLoS One*, Vol. 6, No. 5, pp. 1–10.

Ibraimova, A.; Akkazieva, B.; Ibraimov, A.; Manzhieva, E.; Rechel, B. 2011. "Kyrgyzstan health system review", in *Health Systems in Transition*, Vol. 13, No 3. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/142613/e95045.pdf [20 March 2015].

International Labour Office (ILO). 2008. *Can low-income countries afford basic social security?*, Social Security Policy Briefings (Geneva). Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=5951> [24 March 2015].

—. 2008. *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*, Social Security Policy Briefings No. 1 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/--soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_5956.pdf [9 March 2015].

-
- . 2009. *Protecting people, promoting jobs: A survey of country employment and social protection policy responses to the global economic crisis in 54 countries*, ILO report to the G20 Leaders' Summit, Pittsburgh, 24–25 Sep. (Geneva).
- . 2010. *Extending social security to all: A guide through challenges and options* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/ilobookstore/orderonline/books/WCMS_146616/lang--en/index.htm [24 March 2015].
- . 2010. *Maternity at work: A review of national legislation*. 2nd ed. (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_124442/lang--en/index.htm [24 March 2015].
- . 2011. *Value chains for rural development*, Rural Policy Briefs, Rural Development through Decent Work (Geneva). Available at: http://ilo.org/empent/areas/valuechain-development-vcd/WCMS_161156/lang--en/index.htm [9 March 2015].
- . 2012. *China's latest revolution: Basic health care for all* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_188582/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- . 2012. *Social security for all: Building social protection floors and comprehensive social security systems* (Geneva). Available at: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=34188> [24 March 2015].
- . 2013. *Programme and Budget proposals for 2014–15*, Governing Body, 317th Session, Mar. 2013, PFA/1/1.
- . 2014. *The social and solidarity economy: A new enterprise model emerges*, Sustainable Enterprise Programme. (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/--coop/documents/publication/wcms_175515.pdf [9 March 2015].
- Jacobs, B.; Bigdeli, M.; van Pelt, M.; Ir, P.; Salze, C.; Criel, B. 2008. "Bridging community-based health insurance and social protection for health care: A step in the direction of universal coverage?", in *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 13, No. 2, pp. 140–143.
- Johri, M.; Norheim, O. F. 2012. "Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review", in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 28, No. 2, pp. 125–132.
- Joint Learning Network. 2015. *Kyrgyz Republic: Mandatory Health Insurance Fund (MHIF)* (Washington, DC). Available at: <http://programs.jointlearningnetwork.org/content/mandatory-health-insurancefund-mhif> [20 March 2015].
- Kanashiro, J.; Hollaar, G.; Wright, B.; Nammavongmixay, K.; Roff, S. 2007. "Setting priorities for teaching and learning: An innovative needs assessment for a new family medicine program in Lao PDR", in *Academic Medicine*, Vol. 82, No. 3, pp. 231–237.

-
- Kirigia, J. M.; Gbary, A. R.; Muthuri, L. K.; Nyoni, J.; Seddoh, A. 2006. "The cost of health professionals' brain drain in Kenya", in *BMC Health Services Research*, Vol. 6, No. 89, pp. 1–10.
- Kombe, G.; Fleisher, L.; Kariisa, E.; Arur, A.; Sanjana, P.; Paina, L.; Dare, L.; Abubakar, A.; Baba, S.; Ubok-Udom, E.; Unom, S. 2010. *Nigeria Health System Assessment 2009* (Bethesda, MD, Abt Associates).
- Kruk, M. E.; Johnson, J. C.; Gyakobo, M.; Agyei-Baffour, P.; Asabir, K.; Kotha, S. R.; Kwansah, J.; Nakua, E.; Snow, R. C.; Dzodzomenyo, M. 2010. "Rural practice preferences among medical students in Ghana: A discrete choice experiment", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, No. 5, pp. 333–341.
- Lamiraud, K.; Booysen, F.; Scheil-Adlung, X. 2005. *The impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment: A case study of South Africa*, ESS Extension of Social Security Paper No. 23 (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_207709.pdf [9 March 2015].
- Laurant, M.; Harmsen, M.; Wollersheim, H.; Grol, R.; Faber, M.; Sibbald, B. 2009. "The impact of nonphysician clinicians: Do they improve the quality and costeffectiveness of health care services?", in *Medical Care Research and Review*, Vol. 66, No. 6, pp. 36S–89S.
- Lehmann, U.; Van Damme, W.; Barten, F.; Sanders, D. 2009. "Task shifting: The answer to the human resources crisis in Africa?", in *Human Resources for Health*, Vol. 7, No. 49, pp. 1–4.
- Lemaire, J. 2011. *Scaling up mobile health: Elements necessary for the successful scale-up of mhealth in developing countries* (Bamako, Mali).
- Leonard, K. L.; Masatu, M. C. 2010. "Professionalism and the know-do gap: Exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania", in *Health Economics*, Vol. 19, No. 12, pp. 1461–1477.
- Lewis, T.; Synowiec, C.; Lagomarsino, G.; Schweitzer, J. 2012. "E-health in low- and middle-income countries: Findings from the Center for Health Market Innovations", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 90, No. 5, pp. 321–400.
- McIntyre, D.; Meheus, F. 2014. *Fiscal space for domestic funding of health and other social services*, Working Group Paper (London, Chatham House). Available at: <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/198263> [9 Jan. 2015].
- McPake, B.; Maeda, A.; Araújo, C.; Lemiere, C.; Maghraby, E. 2013. "Why do health labour market forces matter?", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, No. 11, pp. 797–896.
- Moran, A. M.; Coyle, J.; Pope, R.; Boxall, D.; Nancarrow, S. A.; Young, J. 2014. "Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: An integrative review and thematic synthesis of the

literature to identify mechanisms for successful outcomes", in *Human Resources for Health*, Vol. 12, No. 10, pp. 1–30.

Mueller, B. 2012. *The poverty of the smallholder ideal: Highlighting Tanzania's rural labour market* (London, SOAS, Department of Development Studies). Available at: <https://www.soas.ac.uk/cdpr/publications/dv/the-poverty-of-the-smallholderideal-highlighting-tanzanias-rural-labour-market/> [9 March 2015].

Ng, M.; Misra, A.; Diwan, V.; Agnani, M.; Levin-Rector, A.; De Costa, A. 2014. "An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India", in *Global Health Action*, Vol. 7, pp. 1–10.

Norheim, O. F.; Baltussen, R.; Johri, M.; Chisholm, D.; Nord, E.; Brock, D. W.; Carlsson, P.; Cookson, R.; Daniels, N.; Danis, M.; Fleurbaey, M.; Johansson, K. A.; Kapiriri, L.; Littlejohns, P.; Mbeeli, T.; Rao, K. R.; Edejer, T. T. T.; Wikler, D. 2014. "Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): The inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis", in *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, Vol. 12, No. 18, pp. 1–8.

Nove, A.; Hulton, L.; Martin-Hilber, A.; Matthews, Z. 2014. "Establishing a baseline to measure change in political will and the use of data for decision-making in maternal and newborn health in six African countries", in *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 127, No. 1, pp. 102–107.

Office of the High Commissioner For Human Rights (OHCHR); World Health Organization (WHO). 2008. *Human rights, health and poverty reduction strategies* (Geneva).

Ono, T.; Schoenstein, M.; Buchan, J. 2014. *Geographic imbalances in doctor supply and policy responses*, OECD Health Working Paper No. 69 (Paris, OECD).

Oxford Policy Management. 2014. *Situational analysis on sustainable financing in the region, with case studies and best practices*, Report for SADC, OPM Africa (Oxford).

Pearson, T. 2013. *First students of Caracas Latin American Medical School graduate, new university announced*. Available at: <http://venezuelanalysis.com/news/10196> [20 Nov. 2014].

Phillips, L. D. 2006. *Decision conferencing*, Operational Research Working Paper No. LSEOR 06.85 (London School of Economics and Political Science).

Reed, G. 2010. "Cuba answers the call for doctors", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, pp. 325–326.

Regmi, K.; Randhawa, G. 2013. "Access to healthcare: Issues of measure and method", in *Primary Health Care*, Vol. 3, No. 1, pp. 1–2.

Russell, S. 1996. "Ability to pay for health care: Concepts and evidence", in *Health Policy and Planning*, Vol. 11, No. 3, pp. 219–237.

-
- Ryan, M.; Gerard, K.; Amaya-Amaya, M. (eds.). 2008. *Using discrete choice experiments to value health and health care* (Dordrecht, Springer).
- Saltman, R. B.; Bankauskaite, V.; Vrangbæk, K. (eds.). 2007. *Decentralization in health care: Strategies and outcomes* (Maidenhead, Open University Press).
- Scheil-Adlung, X. 2013. "Health protection: More than financial protection", in A. Preker et al.: *Scaling up affordable health insurance: Staying the course* (Washington, World Bank).
- . 2013. "Revisiting policies on universal coverage in health in low-income countries: Realizing the payoffs of the national social protection floors", in *International Social Security Review*, Vol. 66, No. 3–4, pp. 145–170.
- . 2013. "Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, No. 11, p. 888.
- ; Bonnet, F. 2011. "Beyond legal coverage: Assessing the performance of social health protection", in *International Social Security Review*, Vol. 64, No. 3, pp. 21–38. Available at:
http://www.researchgate.net/publication/228286113_Beyond_Legal_Coverage_Assessing_the_Performance_of_Social_Health_Protection [24 March 2015].
- . Booyesen, F.; Lamiraud, K.; Reynaud, E. 2006. *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, ESS Extension of Social Security Paper No. 24 (Geneva, ILO). Available at:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_207719.pdf [9 March 2015].
- . Kuhl, C. 2011. *Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia*, Social Security Policy Briefing Paper No. 8 (Geneva, ILO). Available at:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_25201.pdf [9 March 2015].
- ; —. 2012. *Evidence on gender inequities in social health protection: The case of women living in rural areas*, ESS Extension of Social Security Paper No. 29 (Geneva, ILO). Available at:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_25201.pdf [9 March 2015].
- . Sandner, L. 2010. *Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crises*, ESS Extension of Social Security Paper No. 27 (Geneva, ILO).
- . — . 2010. *Wage continuation during sickness: Observation on paid sick leave provisions in times of crisis* (Geneva, ILO). Available at:
<http://www.socialprotection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=17463> [24 March 2015].

-
- Semali, I. A.; Minja, G. 2005. *Deprivation and the equitable allocation of health care resources to decentralised districts in Tanzania*, Equinet Discussion Paper No. 33 (Harare).
- Shaw, C. 2003. *How can hospital performance be measured and monitored?*, Health Evidence Network Report (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe). Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf [21 Jan. 2015].
- Smith, S.; Ross, C. 2006. *Organizing out of poverty: Stories from the grass roots: How the SYNDICOOP approach has worked in East Africa* (Manchester, The Cooperative College).
- Strachan, M.; Drake, M.; Rawlins, B.; Dwivedi, V.; Levine, B.; Ly, M.; Ishola, G. 2013. *Strengthening health management information systems for maternal and child health: Documenting MCHIP's contributions* (Baltimore, MD, USAID and CHIP).
- Tangcharoensathien, V.; Evans, D. B. 2013. "Beyond clinical skills: Key capacities needed for universal health coverage", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, No. 11, pp. 801–801A.
- The Lancet Commission on Investing in Health. 2013. "Global health 2035: A world converging within a generation", in *The Lancet*, Vol. 382, pp. 1898–1955.
- Training for Health Equity Network. 2014. *About THENet*. Available at: <http://thenetcommunity.org/about-thenet/> [20 Nov. 2014].
- Tromp, N.; Baltussen, R. 2012. "Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: An aid for decision makers", in *BMC Health Services Research*, Vol. 12, No. 454, pp. 1–7.
- United Nations. 2013. *A new global partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development*, The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda (New York).
- UN Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR). 2000. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)* (Geneva). Available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> [21 Jan. 2015].
- UNdata. 2015. *Kyrgyzstan*. Available at: <https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Kyrgyzstan> [20 March 2015].
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2007. *State of World Population 2007: Unleashing the potential of urban growth* (New York).
- . 2011. *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering health, saving lives* (New York).

-
- . 2014. *Skilled attendance at birth*. Available at: http://web.lb.unfpa.org/mothers/skilled_att.htm [2 Oct. 2014].
- . 2014. *The State of the World's Midwifery 2014: A universal pathway: A woman's right to health* (New York).
- . 2014. *Urbanization*. Available at: <http://www.unfpa.org/urbanization> [26 Nov. 2014].
- University of Bergen Centre for International Health. 2014. *Setting equitable priorities in health and health care: From theory to practice*. Available at: <http://www.uib.no/en/cih/67963/setting-equitable-priorities-health-and-healthcare-theory-practice> [19 Dec. 2014].
- Van Lerberghe, W.; Matthews, Z.; Achadi, E.; Ancona, C.; Campbell, J.; Channon, A.; de Bernis, L.; De Brouwere, V.; Fauveau, V.; Fogstad, H.; Koblinsky, M.; Liljestrand, J.; Mechbal, A.; Murray, S. F.; Rathavay, T.; Rehr, H.; Richard, F.; Hoop-Bender, P. T.; Turkmani, S. 2014. "Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality", in *The Lancet*, Vol. 384, No. 9949, pp. 1224–1225.
- Vargas, V.; Poblete, S. 2008. "Health prioritization: The case of Chile", in *Health Affairs*, Vol. 27, No. 3, pp. 782–792.
- Wagstaff, A.; Bredenkamp, C.; Buisman, L. R. 2014. *Progress towards the health MDGs: Are the poor being left behind?* World Bank Policy Research Working Paper No. 6894 (Washington, DC, World Bank).
- ; Lindelow, M.; Jun, G.; Ling, X.; Juncheng, Q. 2009. "Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme", in *Journal of Health Economics*, Vol. 28, No. 1, pp. 1–19.
- Watkins, K. 2014. "Leaving no one behind: An agenda for equity", in *The Lancet*, Vol. 6736, No. 13, pp. 1–8.
- Wigle, J. 2014. *Mamaya: Using data to save mothers and babies in Mchinji District*. Available at: <http://www.mamaye.org.mw/en/blog/using-data-save-mothers-andbabies-mchinji-district> [15 Dec. 2014].
- Witter, S. 2009. "Service- and population-based exemptions: Are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries?", in *Advances in Health Economics and Health Services Research*, Vol. 21, pp. 251–288.
- ; Somanathan, A. 2012. *Demand-side financing for sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries: A review of the evidence*, World Bank Policy Research Working Paper No. 6213 (Washington, DC, World Bank). Available at: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-6213> [24 March 2015].
- ; Cometto, G.; Zaman, U. R.; Sheikh, M.; Wibulpolprasert, S. 2013. "Implementing the agenda for global action on human resources for health: Analysis from an

international tracking survey", in *Journal of Hospital Administration*, Vol. 2, No. 1, pp. 77–87.

- World Bank. 2013. *Mexico increases access to tertiary education*, 4 July. Available at: <http://www.worldbank.org/en/results/2013/07/04/mexico-increases-access-to-tertiary-education> [17 March 2015].
- World Health Organization (WHO). 2006. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems* (Geneva).
- . 2006. *World Health Report 2006: Working together for health* (Geneva).
- . 2008. *World Health Report 2008: Primary health care: Now more than ever* (Geneva).
- . 2010. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, 63rd World Health Assembly, WHA63.16 (Geneva).
- . 2010. *World Health Report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage* (Geneva).
- . 2012. *Optimize MNH: WHO Recommendations for optimizing health workers' roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting* (Geneva).
- . 2013. *Country cooperation strategy at a glance: Kyrgyzstan*. Available at: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_kgz_en.pdf [20 March 2015].
- . 2013. *Transforming and scaling up health professionals' education and training* (Geneva).
- . 2013. *Universal health coverage: Supporting country needs* (Geneva).
- . 2013. *World Health Report 2013: Research for universal health coverage* (Geneva).
- . 2014. *Health financing for universal coverage: Tools and guidance*. Available at: http://www.who.int/health_financing/tools/en/ [9 Jan. 2015].
- . 2014. *Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage* (Geneva).
- . 2015. *Service availability and readiness assessment (SARA)*. Available at: http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/ [12 Jan. 2015].
- ; Commission on the Social Determinants of Health. 2008. *Final Report: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (Geneva).
- ; United Nations Children's Fund (UNICEF). 2012. *Countdown to 2015: Building a future for women and children: The 2012 Report* (Washington, DC).

— ; —; United Nations Population Fund (UNFPA); World Bank. 2012. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010* (Geneva).

World Bank. 2013. *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: A framework*, Joint WHO/ World Bank Group Discussion Paper.

Available

at:

http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf [17 Oct. 2014].

WHO Regional Office for Africa, African Health Observatory. 2014. *Community ownership and participation, Comprehensive analytical profile: Malawi* (Brazzaville/Geneva).

Available

at:

http://www.who.int/afr/profiles_information/index.php/Malawi:Community_ownership_and_participation_-_The_Health_System [15 Dec. 2014].

Xu, K.; Saksena, P.; Evans, D. B. 2010. *Health financing and access to effective interventions*, Background Paper No. 8 prepared for the *World Health Report 2010* (Geneva).

— ; Evans, D.; Kawabata, K.; Zeramdini, R.; Klavus, J.; Murray, C. 2003. "Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis", in *The Lancet*, Vol. 362, pp. 111–117.

Yilla, M.; Nam, S. L.; Adeyemo, A.; Karqbo, S. A. 2014. "Using scorecards to achieve facility improvements for maternal and newborn health", in *International Journal for Gynecology & Obstetrics*, Vol. 127, No. 1, pp. 108–112.

Youngkong, S.; Baltussen, R.; Tantivess, S.; Mohara, A. 2012. "Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand", in *Value in Health*, Vol. 15, No. 6, pp. 961–970.

Zhao, F.; Squires, N.; Weakliam, D.; Van Lerberghe, W.; Soucat, A.; Toure, K.; Sharkarishvili, G.; Quain, E.; Maeda, A. 2013. "Investing in human resources for health: The need for a paradigm shift", in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, No. 11, pp. 799–799A.